

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 70

SYPHILIS ET TUBERCULOSE PULMONAIRES

dans un Hôpital-Sanatorium militaire

Hôpital complémentaire N° 67 de Saint-Genis-Laval (Rhône)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROGER MIGNOT

Né à Venisey (Haute-Saône), le 4 Février 1896



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922

SYPHILIS ET TUBERCULOSE PULMONAIRES

dans un Hôpital-Sanatorium militaire

Hôpital complémentaire N° 67 de Saint-Genis-Laval (Rhône)

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
	BARD.
	TIXIER.
	BERARD.
Clinique obstétricale et accouchements.....	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique.....	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.....	WEILL.
Clinique des maladies des femmes.....	POLLOSSON (A.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	NOVE-JOSSERAND.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....	HUGOUNENQ.
Chimie organique et toxicologie.....	MOREL.
Matière médicale et botanique.....	X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie	LATARJET.
Histologie	POLICARD.
Physiologie	DOYON.
Pathologie interne.....	COLLET.
Pathologie et thérapeutique générales.....	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique.....	PAVIOT.
Chirurgie opératoire.....	VILLARD.
Médecine expérimentale et comparée. et bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale.....	Etienne MARTIN.
Hygiène	COURMONT (P.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	PIC.
Pharmacologie	MOREAU.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT.	BONNET.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.).	NOEL, chargé des
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PIC, *Président* ; ROQUE, *Assesseur*.
MM. PIERY et ROUBIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 70

SYPHILIS ET TUBERCULOSE PULMONAIRES

dans un Hôpital-Sanatorium militaire

Hôpital complémentaire N° 67 de Saint-Genis-Laval (Rhône)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ROGER MIGNOT

Né à Venisey (Haute-Saône), le 4 Février 1896



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1922

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je leur dois tout.
Je leur dédie ce modeste travail en
témoignage de vive affection et de
reconnaissance infinie.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MES GRANDS-PÈRES

A MES GRAND'MÈRES

A MA TANTE

Que j'unis dans un même sentiment
d'affection.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES CAMARADES MORTS POUR LA FRANCE

In Memoriam

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DESGREZ

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

Témoignage de sincère reconnaissance.

Souvenir affectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Que nous remercions de l'intérêt qu'il nous a témoigné et des sages conseils qu'il nous a donnés. Profonde reconnaissance.

A MES ANCIENS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE BESANÇON

et notamment

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPOY

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Hôpital Saint-Jacques

Dont nous avons été l'interne (Année 1920).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Professeur de Thérapeutique
Chevalier de la Légion d'honneur

Premier guide dévoué de nos études.
Reconnaissance infinie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERY
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Inspirateur de notre travail.
Conseiller bienveillant.
Hommages respectueux.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

L'hôpital complémentaire n° 67 de Saint-Genis-Laval, situé à proximité de Lyon, a cessé de faire fonction de Sanatorium militaire. Un nombre assez considérable de malades tuberculeux ont pu recevoir dans cet établissement, pendant la guerre de 1914 à 1918 et jusqu'en juin 1922, tous les soins que nécessitait leur état.

Au moment où cet établissement ferme ses portes, il nous paraît intéressant et utile en même temps d'examiner les quelques cas de syphilis pulmonaire et d'association de syphilis et de tuberculose qui se sont glissés dans la longue liste des malades tuberculeux de cet hôpital.

Au cours de notre travail nous envisagerons seulement la période qui va de juin 1919 à juillet 1922. Pendant ces trois années, M. le professeur PIÉRY fut médecin-chef de l'Hôpital-Sanatorium. Il nous a suggéré l'idée de ce travail. C'est grâce à lui que nous avons pu le mener à bien et étayer notre étude sur les observations qu'il a eu l'amabilité de mettre à notre disposition.

Qu'il nous soit permis, ici, de lui traduire notre respectueuse et sincère reconnaissance. Pour le très grand honneur qu'a bien voulu nous faire M. le professeur PIC, en accep-

tant la présidence de notre thèse et pour l'enseignement clinique qu'il nous a donné pendant quelques mois en 1916 et 1917, dans son service, à l'Hôtel-Dieu, nous donnons à ce grand maître l'assurance de notre respectueuse gratitude.

Des cas de syphilis pulmonaire ou d'association de syphilis et de tuberculose *dans un Sanatorium* peuvent frapper l'esprit du lecteur; nous nous efforcerons de montrer, ultérieurement, les difficultés qui expliquent la présence de tels cas, dans une statistique de malades bacillaires. La syphilis pulmonaire a donné lieu jusqu'alors à de très nombreux travaux sans que le domaine de cette affection soit à l'époque actuelle encore nettement délimité. Nos prétentions se borneront à exposer quelques faits et observations nouvelles. Avant d'entrer dans le détail de notre sujet nous signalerons les principaux auteurs comme FOURNIER, MAURIAC, TRIPIER, SERGENT, M. BÉRIEL, auxquels nous avons fait des emprunts. Pour ne pas allonger inutilement notre introduction nous avons passé sous silence d'autres auteurs que nous retrouverons, chemin faisant, dans le cours de notre travail. Une énumération trop longue nous exposerait à des répétitions.

Pour que notre sujet paraisse plus complet nous rappelleront très brièvement les différentes étapes des manifestations pulmonaires de la syphilis, dans un premier chapitre; il nous mettra en présence des difficultés du diagnostic de cette affection et de quelques données relatives à la tuberculose pulmonaire associée à la syphilis. Le deuxième chapitre sera réservé à l'étude de la fréquence des pneumosyphiloses et à notre statistique.

Les deux chapitres suivants seront consacrés à l'étude de nos observations cliniques.

EN RÉSUMÉ, nous diviserons notre travail de la façon suivante :

CHAPITRE I : Les données générales.

CHAPITRE II : Fréquence de la syphilis pulmonaire.

CHAPITRE III : Nos observations de syphilis pulmonaire pure.

CHAPITRE IV : Nos observations de tuberculose pulmonaire associée à la syphilis.

CONSÉQUENCES PRATIQUES.

En publiant quelques observations et faits nouveaux, nous serons trop heureux, si sans rien inventer, nous sommes utiles, dans l'avenir, à un camarade plus jeune, intéressé par cette étude, dont la consécration n'est pas définitive.

Décembre 1922.

CHAPITRE PREMIER

Les données générales

(a). — Historique

L'histoire de la syphilis du poumon enregistre un nombre considérable de faits, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Comme dit M. BÉRIEL, son histoire n'est pas celle des peuples heureux : elle est longue, confuse et pleine de vicissitudes. Selon cet auteur, nous pouvons signaler trois périodes, qui marquent les différentes étapes des manifestations pulmonaires de la syphilis.

I. — L'époque légendaire des pneumosyphiloses : le XVIII^e siècle

C'est le règne des phtisies de causes multiples (BÉRIEL). A cette époque vivaient MORTON, ASTRUC, écrivant ces mots : les fonctions vitales qui s'exercent par des organes contenus dans la poitrine peuvent être altérés dans la vérole par diverses causes et d'abord par des tubercules ou par des tumeurs gommeuses dans la substance des

poumons, soit qu'elles suppurent, soit qu'elles soient encore vertes. Viennent ensuite les noms de MORGAGNI, SWEDIAUR, LAENNEC. Ce dernier rejette toute idée de pneumopathie d'origine syphilitique.

II. — La période d'hésitation

Des recherches plus minutieuses élargissent l'horizon. A cette période se rattachent les noms de BAYLE, CRUVEILHIER, ANDRAL, qui partagent l'idée de LAENNEC, alors qu'en Angleterre, STOKES et GRAVES sont d'un avis contraire. Ils admettent que la syphilis peut occasionner la tuberculose. A la même époque RICORD apporte des connaissances nouvelles sur les accidents tertiaires de la syphilis : gommés cutanées, des muqueuses, des os, du poumon. C'est une période qui finit par des tâtonnements et des aspirations vers l'étude des lésions spécifiques (BÉRIEL). L'existence clinique de la syphilis pulmonaire est acquise.

III. — La période documentaire

Elle commence vers 1850 : nous citons les travaux de DEPAUL (1851), de VIDAL, VIRCHOW, RANVIER, CORNIL et surtout de LANCEREAUX (1864). MIRANDE écrit : alors commence l'ère contemporaine qui, en possession de la notion de spécificité tuberculeuse s'efforce de différencier les pneumopathies syphilitiques des lésions tuberculeuses chez les syphilitiques (FOURNIER, LANDRIEUX, SCHNITZNER, MAURIAC). Dans une dernière étape les cliniciens s'attachent à préciser la part des deux affections rivales (POTAIN, LANDOUZY, SERGENT, BARTHÉLEMY).

Enfin, dans un temps plus rapproché de nous, signalons les grands travaux du professeur TRIPIER qui a insisté sur les relations des bronchectasies avec la spécificité vénérienne. Ces idées ont été reprises, un peu plus tard par l'élève du professeur TRIPIER, M. BÉRIEL qui a exposé les idées de l'Ecole Lyonnaise. SERGENT a précisé les analogies cliniques qui lient la tuberculose et la vérole et montré l'influence réciproque des deux infections (MIRANDE). Dans cette période, la syphilis pulmonaire est, pour ainsi dire, mise en observation (BÉRIEL).

(b). — Difficultés de diagnostic de la Syphilis pulmonaire

Le diagnostic de la syphilis pulmonaire est toujours très difficile. Le professeur ROGUE, dans sa leçon clinique du 16 mars 1920, disait : « La syphilis pulmonaire est une des lésions viscérales de la syphilis la plus difficile à diagnostiquer ». Les lésions de cette maladie sont si souvent semblables à celles de la tuberculose que le diagnostic est parfois impossible.

Deux points marquent les étapes du diagnostic :

1° Il faut penser à la syphilis

Les cas de syphilis pulmonaire étant rares, le praticien n'y pense pas en temps utile. Là, dit le professeur FOURNIER, est tout l'intérêt pratique de la question... on méconnaît la spécificité de ces lésions ; on juge le malade tuberculeux, on le traite comme tel et on le laisse mourir comme tel alors qu'on aurait eu grande chance de le sauver si la nature réelle du mal avait été comprise.

2° Il faut utiliser cette possibilité de syphilis: en admettre ou en repousser la certitude en se basant sur des caractères différentiels.

I. — IL FAUT PENSER A LA SYPHILIS

Pour cela il faut connaître les différents aspects des pneumosyphiloses qui simulent si facilement la tuberculose pulmonaire. M. BÉRIEL expose différentes formes :

- a) les *formes aiguës* qui ressemblent à la broncho-pneumonie tuberculeuse et qui ne paraissent pas fréquentes ;
- b) les *formes bronchitiques chroniques avec sclérose*, déjà moins rares. Le diagnostic est d'autant plus difficile avec les tuberculoses fibreuses que chez les anciens syphilitiques la tuberculose affectionne le type sclérosant (SERGENT) ;
- c) les *formes pneumoniques*, rares, qui peuvent simuler les pneumonies hyperplasiques tuberculeuses ;
- d) les *formes cavitaires*, qui sont les plus fréquentes. Elles sont dues à des ulcérations gommeuses, mais le plus souvent à des dilatations bronchiques. Ces formes, associées à des lésions variées, à de la sclérose souvent, simulent les tuberculoses cavitaires.

Bien que les gommès du poumon soient rares, nous croyons devoir différencier la gomme du tubercule. Le professeur LETULLE a résumé dans un tableau les principales différences :

NODULES TUBERCULEUX :	GOMMES SYPHILITIKES :
Souvent bilatéraux, au sommet des poumons.	Unilatérale, surtout à droite. Base, hile, région moyenne du poumon.
Nombreux, arrondis, petits, ramollissement rapide.	Peu nombreuses, irrégulières, volume plus grand, consistance ferme, coloration blanc jaunâtre.
Se calcifient, s'infiltrent de charbon, zone d'enkystement fibreux, peu rétractile.	Evoluant longtemps sans se ramollir. Ne s'infiltrent pas de charbon. Tissu cicatriciel rétractile.
Destruction des éléments de tissu pulmonaire plus rapide, plus complète. Inflammations secondaires plus précoces, plus étendues.	Production de l'épithélium cubique dans les alvéoles, plus fréquente (Tripier).
Cellules géantes plus précoces.	Cellules géantes.
Bacille de Koch.	Pas de tréponème.

La théorie classique qui fait du ramollissement des gommès la lésion caractéristique des formes cavitaires n'est pas celle de l'Ecole lyonnaise qui n'admet pas l'ulcération gommeuse (MIRANDE). Ce sont les bronchectasies qui créent les cavernes pulmonaires et les auteurs admettent que le type bronchectasique est, cliniquement, le plus fréquent.

L'ectasie bronchique a été étudiée par LANCEREAUX, BOURDIEUX, par le professeur TRIPIER qui a démontré que l'affection désignée sous le nom de dilatation bronchique se rapportait manifestement à la syphilis. C'est une notion importante au point de vue du diagnostic. Le professeur TRIPIER ajoute : « Nous avons pu observer la dilatation bronchique dans la syphilis et la tuberculose ;

le seul fait qui nous paraisse incontestable, c'est que la tuberculose est incapable de donner lieu à la dilatation bronchique, quel que soit le degré de sclérose qui accompagne les productions tuberculeuses, s'il n'y a pas eu de syphilis antérieure, d'où la conclusion que lorsque ces néoproductions seront constatées avec ou sans tuberculose, c'est qu'il s'agira d'un ancien syphilitique ayant pu ou non devenir tuberculeux en raison de la prédisposition à la tuberculose qu'ont les syphilitiques. »

Dans toutes les formes cliniques énumérées plus haut, la syphilis pulmonaire simule la plupart des affections pulmonaires tuberculeuses. Les signes cliniques à l'auscultation sont les mêmes. « Tantôt ce sont des signes d'induration pulmonaire : submatité, augmentation des vibrations, souffle tubaire, râles de bronchite ; tantôt ce sont tous les signes cavitaires classiques : sonorité exagérée, souffle caverneux, pectoriloquie aphone (HALLOPEAU). »

Les difficultés de diagnostic sont encore augmentées du fait de la latence souvent fréquente de l'affection. Les signes cliniques parfois ne sont pas appréciables : ce qui se voit souvent au début de la maladie : début insidieux, latent, ignoré, bon état général du sujet.

II. — IL FAUT UTILISER CETTE POSSIBILITE DE SYPHILIS :
en admettre ou en repousser la certitude en se basant
sur des caractères différentiels

Les éléments du diagnostic sont basés sur différents points :

1° *La notion de l'existence d'une syphilis antérieure, soit héréditaire, soit acquise :*

La base du diagnostic c'est l'existence de la syphilis chez

le sujet : c'est elle qu'il faut rechercher et qu'il faut démontrer par les accidents actuels : gommes, exostoses. Comme dit plaisamment le professeur FOURNIER, « *la lésion pulmonaire est alors en société !* ». Il faut avoir recours aux commératifs, aux accidents passés, aux stigmates spécifiques (FOURNIER) : cicatrices cutanées ou muqueuses, noyaux épидidymaires, leucoplasie buccale, aortites, fausses couches, anévrysme de l'aorte, tabes et paralysie générale ;

2° *Les caractères des lésions locales :*

Elles sont, en général, unilatérales, circonscrites, localisées à la partie moyenne du poumon. Ces caractères ne sont pas toujours exacts, ce qui augmente les difficultés avec les lésions pulmonaires tuberculeuses ;

3° *Les troubles généraux :*

Dans la syphilis pulmonaire, l'état général n'est pas atteint comme dans la tuberculose pulmonaire : l'appétit est conservé, la santé bonne, pas de troubles dyspeptiques, ni de diarrhée, ni de fièvre en général, l'embonpoint est satisfaisant.

Pas de rétrécissement du thorax, d'épaules voutées, de doigts hypocratiques, comme chez les tuberculeux.

4° *L'évolution morbide :*

En général l'évolution est lente contrairement à celle de la tuberculose. Le contraire peut se produire. Comme le dit le professeur FOURNIER « *redoublons d'attention* ».

5° *Les données de laboratoire :*

L'absence de bacille de Koch crée une présomption en faveur de la syphilis. L'examen doit être pratiqué plusieurs fois et demeurer négatif.

La réaction de Wassermann, positive, doit donner l'éveil, ainsi que l'intradermoréaction qui pour le professeur FAVRE n'aurait aucune valeur chez l'adulte.

6° *L'examen radioscopique :*

C'est aussi un précieux auxiliaire de la clinique qu'il complète, en confirmant le siège des lésions.

7° *L'épreuve du traitement :*

Le traitement spécifique précoce donne des résultats nets et rapides, une amélioration des lésions et de l'état général. Toutefois, cette épreuve ne constitue pas une pierre de touche infaillible dans tous les cas (SERGENT).

Comme on peut s'en faire une idée par toutes les données dont il faut tenir compte tant au point de vue anatomique que clinique ou expérimental, le diagnostic de la syphilis pulmonaire est délicat. Cette affection est superposable à la tuberculose pulmonaire pour la raison qu'elle n'a pas une physionomie qui lui soit propre, un signe pathognomonique particulier. « C'est le même ensemble de symptômes, ce sont les mêmes signes physiques et fonctionnels, c'est la même consommation » (SERGENT).

(c). — **Tuberculose pulmonaire associée
à la syphilis**

D'après les statistiques publiées par les auteurs et d'après notre statistique de l'Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval, nous pouvons remarquer l'extrême rareté des cas de Syphilis pulmonaire pure et la fréquence beaucoup plus grande des sujets tuberculeux avec antécédents syphilitiques. Cette dernière variété clinique donne naissance à une association très répandue : l'association de la tubercu-

lose et de la syphilis bien étudiée par des auteurs comme le professeur Fournier, Mauriac, le professeur Roque, Sargent, pour ne citer que les principaux. Beaucoup d'auteurs anciens et modernes n'accordent pas la même valeur au rôle que joue la syphilis acquise dans le développement de la tuberculose associée. Déjà en 1781, Laennec supposait que la syphilis favorisait et aggravait la tuberculose. Stokes et Graves en 1826 admettaient que la syphilis pouvait occasionner la tuberculose même chez un individu non prédisposé. La vérole, disait Ricord, est un branle-bas dans l'économie, un branle-bas susceptible d'évoquer les vices organiques, d'éveiller toutes les diathèses en puissance. Pour Lancereaux l'existence simultanée des deux infections était rare. Il y a, disait-il, entre le tubercule et le produit syphilitique un antagonisme analogue à celui qui existe entre le tubercule et le cancer. Mauriac était du même avis. Avec le professeur Fournier les idées changeaient et il écrivait : « Pour ma part j'ai déjà vu nombre de jeunes sujets chez lesquels la syphilis avait exercé puissamment son influence dépressive, devenir tuberculeux dans les premiers mois ou les premières années de l'infection. J'ajoute même que développée dans ces conditions, la phtisie suit quelquefois une évolution hâtive, fait des progrès rapides et tue à bref délai. Aussi n'hésiterai-je pas à inscrire la syphilis au chapitre étiologique de la tuberculisation pulmonaire. »

De nos jours le professeur Roque dit que la syphilis pulmonaire est fréquente mais prédispose à la tuberculose, de sorte que ce qui nuit au diagnostic c'est le mélange de tuberculose et de syphilis. Depuis les travaux de Sargent, les mêmes constatations ont été faites. Il pense que le mé-

decin ne doit pas être étonné de trouver la syphilis et la tuberculose associées chez le même individu car ce sont les deux plus répandues des maladies contagieuses chroniques. Leurs localisations offrent des caractères symptomatiques si ressemblants qu'il est très difficile de reconnaître si la lésion observée est de nature syphilitique ou tuberculeuse : c'est encore plus difficile, dit-il, si le sujet examiné est en même temps syphilitique et tuberculeux. Pour BARTHÉLEMY la syphilis et la tuberculose sont souvent combinées, associées et prises l'une pour l'autre. Parfois, dit-il, l'infection syphilitique éveille la tuberculose latente, ou bien, l'organisme débilité par l'une, tombe à la survenue de l'autre, dans une cachexie plus rapide.

En somme, on peut se demander s'il existe une force clinique spéciale dans le cas soit de tuberculose consécutive à une syphilis, soit d'association de lésions syphilitiques et tuberculeuses. Qu'en pensent les auteurs?

M. BÉRIEL écrit : « L'atteinte syphilitique peut se compliquer de lésions bacillaires, mais ces faits n'ont qu'un intérêt très général; les lésions ne sont pas modifiées dans leur ensemble, non plus que les symptômes. Un point particulier dans cette question c'est l'influence du traitement spécifique ».

Puis passant aux cas d'associations où l'on observe des lésions à la fois syphilitiques et tuberculeuses, M. BÉRIEL dit qu'elles paraissent s'associer sans modifier sensiblement l'aspect des lésions. L'aspect clinique devient tel que le diagnostic est à peu près impossible et que seul celui de tuberculose peut être porté.

Ainsi que nous venons de le faire entrevoir l'association de la syphilis et de la tuberculose se présente donc

de différentes façons. L'une des deux infections peut être antérieure à l'autre. Nous aboutissons ainsi à la division suivante : *a*) un tuberculeux contracte la syphilis; *b*) un syphilitique avéré devient tuberculeux.

Le premier cas ne rentre pas dans le cadre de notre étude et nous n'envisagerons, ici, que le cas où la tuberculose éclate chez un syphilitique. Les cas que nous avons groupés dans notre statistique n'ont trait qu'à la deuxième partie : syphilis antérieure et tuberculose consécutive. Nous essaierons de montrer les effets de l'association de ces maladies infectieuses chroniques.

Selon le professeur FOURNIER il existe deux catégories de syphilitiques qui se tuberculisent : *a*) ceux qui deviennent tuberculeux dès le début de la syphilis pendant la période secondaire; *b*) ceux qui deviennent tuberculeux tardivement alors que l'infection syphilitique paraît depuis longtemps éteinte. Autrement dit encore : *a*) la tuberculose est précoce, puisqu'elle survient peu de temps après le début de la syphilis; *b*) la tuberculose est tardive puisqu'elle apparaît des années après le début de l'infection syphilitique.

EN RÉSUMÉ notre étude se divise en deux parties :

1° Effets de l'association de la syphilis et de la tuberculose quand la syphilis est récente;

2° Effets de l'association de la syphilis et de la tuberculose quand la syphilis est ancienne.

*
* *

I. — Effets de l'association de la syphilis et de la tuberculose
quand la syphilis est récente

La tuberculose éclot souvent chez un sujet qui a contracté, peu de temps auparavant, la syphilis. Le professeur

FOURNIER dit que dans ce cas la tuberculisation apparaît comme la conséquence de l'action dépressive, débilitante et anémiantе exercée par la syphilis sur un organisme quelquefois affaibli déjà par des tares pathologiques antérieures.

Le sujet est en effet en état de réceptivité morbide, de moindre résistance, proie facile pour la contagion tuberculeuse. LANDOUZY dit que la syphilis fait le lit de la tuberculose. Pour SERGENT la syphilisation crée un lieu d'élection pour la tuberculisation et il a la conviction que si la tuberculose débute dès la période initiale de la syphilis, au début des accidents secondaires, on a affaire à une tuberculose suraiguë, à pronostic grave. L'organisme est ainsi livré aux attaques de deux infections surajoutées dont les conséquences ne se font pas attendre. Pour les auteurs ce sont des cas graves et les sujets atteints, meurent ordinairement très vite. C'est le grand branle-bas de RICORD, le cap dangereux à doubler.

SERGENT précise encore davantage les faits. Il distingue deux groupes dans le cas de tuberculisation précoce : a) la tuberculisation se déclare dès les premiers mois ; b) la tuberculisation n'éclate que dans les premières années ; période qu'il appelle « *période intermédiaire entre le secundarisme proprement dit et le tertiarisme confirmé* ». A son avis, c'est une distinction à faire pour suivre l'évolution et prévoir le pronostic. Dans le premier cas, nous l'avons dit, les progrès sont très rapides et le pronostic grave. C'est la période où la syphilis a le plus d'activité et de virulence. Dans le deuxième cas il y a déjà moins de malignité : la collision entre les deux infections est moins forte parce que la syphilis, déjà plus ancienne, est moins virulente. Dans

ce cas SERGENT pense que l'organisme est plus résistant et il dit : « Il s'agit, en général, de sujets jeunes, prédisposés souvent par leurs antécédents héréditaires, à la tuberculose, mais jouissant cependant d'une bonne santé au moment où ils contractent la syphilis ; ils conservent, pendant des mois, deux ans, trois ans, un bon état général, mais ils se soignent mal ou se surmènent et la tuberculose qui les guette, ne tarde pas à se manifester, elle évolue plus ou moins sévèrement et souvent les conduit à la consommation et à la mort ». Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'évolution, favorable, conduit souvent à la guérison. On assiste à la période de « déclin de la tuberculisation ». L'organisme est déjà dans un état humoral qui guide la tuberculose vers la sclérose comme dans les périodes lointaines de la syphilis (SERGENT). De plus le traitement spécifique donne de bons résultats et améliore nettement les manifestations tuberculeuses de la syphilis, car pour le professeur ROQUE il n'y a pas de syphilis pulmonaire secondaire. A un moment donné il avait constaté dans la période secondaire de la syphilis, la fréquence des symptômes pulmonaires : congestion des sommets, hémoptysies, points de côté erratiques, température légère, amaigrissement rapide. Il supposait qu'il s'agissait de manifestations dues à la syphilis pulmonaire et il était presque persuadé de l'existence d'une pneumosyphilose secondaire. Il instituait le traitement spécifique et tous les symptômes disparaissaient. Les épreuves de laboratoire qu'il fit sur 12 jeunes gens réunissant les signes pulmonaires suspects de la période secondaire de la syphilis furent en faveur de la tuberculose. Le professeur ROQUE en déduisit que les signes pulmonaires suspects étaient dus à des poussées tuberculeuses qui ont lieu au cours de la pé-

riode secondaire de la syphilis et qui sont dues à l'imprégnation syphilitique du sujet, à des réactions humorales de l'organisme et à des modifications de terrain.

Si nous résumons l'opinion des auteurs nous concluons que plus la tuberculisation est voisine du début de la syphilisation plus le pronostic est grave.

*
* *

II. — Effets de l'association de la syphilis et de la tuberculose quand la syphilis est tardive

Selon le professeur FOURNIER la tuberculose est loin d'être rare au cours de la syphilis tertiaire. Quand la syphilis est ancienne dit-il, les conditions de réceptivité sont différentes vis-à-vis de la tuberculose. Pour SERGENT l'éclosion de la phtisie est fréquente au stade du tertiarisme, et il pense qu'il faut faire une distinction entre deux catégories de faits : a) *le syphilitique présente des lésions tertiaires évolutives*; b) *le syphilitique ne présente pas de lésions*.

Voyons quelles sont les opinions des auteurs en ce qui concerne le premier cas. Pour le professeur FOURNIER, le tissu gommeux constitue un milieu très favorable pour la germination du bacille de Koch; POTAIN pense qu'une syphilide tertiaire du poumon peut devenir prétexte à l'éclosion de tubercules dans cet organe. MAURIAC admet seulement que la syphilis et la tuberculose restent indépendantes l'une de l'autre, conservant leur autonomie, sans s'aténuer ni se repousser. SERGENT admet deux cas : 1° *les lésions syphilitiques et tuberculeuses évoluent simultanément, indépendamment l'une de l'autre, en juxtaposition*; 2° *les lésions se confondent sur le même territoire : il y a hybridité syphilo-tuberculeuse*. SERGENT penche pour ce

dernier cas. Dans cette hybridité, quelle est la part de la syphilis dans la production des lésions? L'association de lésions tuberculeuses à du tissu gommeux donne le plus souvent une forme ulcéro-caséeuse qui après ramollissement et évacuation produit des cavernes. Elles ont le siège de la gomme syphilitique et sont ordinairement unilatérales. Depuis les travaux du professeur TRIPIER le syndrome cavitaire est dû plutôt à des bronchectasies qu'à des ulcérations gommeuses. Les dilatations bronchiques sont ordinairement associées à des nappes de sclérose diffuse proliférative. Il n'est pas rare non plus d'observer selon MAURIAC de l'épaississement sclérosique du feuillet viscéral de la plèvre au niveau des lésions syphilitiques, de la pachy-pleurite, des adhérences et même des épanchements. Il est fréquent aussi de constater dans le cas d'association des deux infections, l'allure normale des signes généraux : absence de fièvre, bonne tenue de la santé et la gravité des lésions pulmonaires : congestion, souffle tubaire, souffle cavitairé, gargouillements.

LE MER, dans sa thèse, rapporte les opinions de M. Sabourin, du Sanatorium de Durtol, et qui nous paraissent très intéressantes : « J'envisage, dit-il, la combinaison Syphilo-Tuberculeuse au point de vue pulmonaire sous plusieurs aspects : 1° lésions tuberculeuses et syphilitiques isolées coexistant sur le même sujet ;

2° lésions hybrides syphilo-tuberculeuses. Elles sont plus communes à notre avis, uniques ou multiples chez le même sujet. Le plus souvent c'est encore sous la forme pleuro-pneumonique dans la zone médiastino-scissurale. Les symptômes sont identiquement ceux de la tuberculose avec crachats bacillifères, le plus souvent avec phénomènes cavi-

taires. On est amené à soupçonner la syphilis pulmonaire, on institue le traitement spécifique et le foyer à partir de ce moment s'améliore de façon bien plus rapide qu'il ne le faisait par la cure hygiénico-médicamenteuse antibacillaire. Pour ma part je crois que les éléments du pronostic résident non pas dans le fait brutal de l'association des deux maladies mais plutôt dans les qualités vitales et défensives du sujet, mise à part, bien entendu, la notion de virulence, de malignité spéciale de l'infection syphilitique ».

Examinons maintenant la deuxième hypothèse : le syphilitique ancien ne présente pas de lésions évolutives tertiaires. Selon le professeur FOURNIER c'est un sujet chez lequel la syphilis semble éteinte depuis longtemps et qui devient tuberculeux parce que son organisme est dans un état d'*imprégnation syphilitique*, latente, créant ainsi une immunité vis-à-vis de la réinfection syphilitique mais un état de réceptivité spéciale vis-à-vis de la contamination tuberculeuse. Selon LANDOUZY c'est une tuberculose lente, fibreuse, torpide, apyrétique, non diffusante. Pour SERGENT c'est une tuberculose torpide, bénigne. Pour lui, beaucoup de tuberculoses pulmonaires fibreuses et de scléroses pulmonaires n'ont comme origine que la syphilis ancienne ou ignorée. Dans ces cas, à son avis, il faut penser à la syphilis et rechercher ses stigmates. Dans le Bulletin médical de 18 novembre 1922, SERGENT étudiant *le syndrome bronchite chronique avec emphysème*, dit : « Je crois, pour ma part, que dans la majorité des cas de syphilis pulmonaire à type de bronchite chronique, il s'agit d'une sorte d'hybridité de terrains et que c'est à la faveur du terrain syphilitique ancien que la tuberculose a évolué dans le sens fibreux. »

Pour les auteurs, les lésions hybrides disparaissent en

grande partie par le traitement spécifique. Dans le cas du syphilitique ancien qui ne présente pas de lésions tertiaires mais qui fait une tuberculose fibreuse par imprégnation syphilitique et par action sclérogénisante de la syphilis, le traitement spécifique donne également des résultats satisfaisants.

EN RÉSUMÉ, d'après l'opinion classique, la tuberculose qui éclot sur un terrain syphilitique ancien a un pronostic, ordinairement favorable.

CHAPITRE II

Fréquence de la syphilis pulmonaire

I. — Opinion des auteurs

Dans une leçon faite autrefois à Lourcine, le professeur FOURNIER disait : « avec la syphilis pulmonaire nous abordons aujourd'hui une question neuve et difficile ; question neuve malgré son ancienneté apparente ».

A l'heure actuelle, où de nombreuses observations sont déjà publiées sur cette question, la notion des atteintes syphilitiques nous est plus connue. Les données actuelles ne sont pas toujours très précises en ce qui concerne la fréquence de la syphilis pulmonaire ; elle n'est pas aussi rare qu'on a pu le croire, mais on l'a confondue longtemps avec la tuberculose. Il est difficile de se faire une idée de la fréquence de la syphilis pulmonaire car peu de statistiques furent publiées. « Toutes les observations qui furent écrites sur cette affection pulmonaire sont sujettes à critique. Beaucoup de matériaux amassés à son égard ne sont qu'incomplètement utilisables, quelques-uns

sont sujets à caution ou d'interprétation difficile » (BÉRIEL).

Néanmoins nous essaierons d'exposer les avis très variés des auteurs à ce sujet et nous diviserons cette étude en trois paragraphes :

1° *fréquence des lésions pulmonaires dans la syphilis.*

2° *fréquence de la syphilis pulmonaire par rapport à la tuberculose pulmonaire.*

3° *fréquence de l'association tuberculo-syphilitique.*

I. — Fréquence des lésions pulmonaires dans la syphilis

Pour BALZER la fréquence de la syphilis est certainement plus grande qu'on ne le pense et beaucoup de cas échappent soit à l'investigation clinique, soit même à l'examen anatomique. Il rapporte que sur 6.000 cas de syphilis relevés à l'hôpital de Copenhague, la pneumosyphilose n'a été notée que 2 fois. Sur 18 autopsies de syphilis acquise, elle est signalée 3 fois. Sur 97 autopsies de syphilis acquise, CHIARI signale 2 cas de lésions de la trachée et des bronches et 1 cas de syphilis du poulmon. PETERSEN, sur 88 autopsies de syphilis acquise, la relève 11 fois. VIERLING rapporte 46 cas, COWNER et LOEWIS en ajoutent 82. Sur ces 128 cas, 52 seulement ont eu une vérification anatomique et 10 ont montré des lésions caractéristiques de syphilis du poulmon : 10 cas certains sur 128 publiés.

STOLPER, sur 2995 autopsies faites à l'Institut d'Anatomie pathologique de Breslau, relève des lésions syphilitiques sur 86 cadavres, dont 61 sont dues à la syphilis acquise ; sur ces 61 cas, 5 fois seulement il trouve la syphilis.

du poumon, 4 fois les lésions étaient fibreuses, 1 seule fois on relève des gommés (MASSIA).

D'après MAURIAC, la statistique du professeur FOURNIER rapportant sur 3.429 cas de tertiarisme, 23 cas concernant le larynx et la trachée et seulement 14 pneumopathies ne représente point la réalité des faits. A son avis la fréquence de la syphilis pulmonaire ne peut être mesurée d'une façon exacte et il dit qu'il n'est point douteux qu'elle ne soit plus fréquente que les faits cliniques ne semblent l'indiquer. Beaucoup de formes peu caractérisées : scléroses, bronchectasies, ont été mises au compte de la tuberculose qu'il est permis de reporter à la syphilis. La comparaison entre les chiffres de FOURNIER et ceux plus récents d'OSSLER : 12 cas sur 280 autopsies de syphilis grave est instructive à ce sujet (MAURIAC). Selon cet auteur le foyer pulmonaire est le plus tardif et le plus rare des foyers de la syphilose des voies aériennes. Je ne vois pas, dit-il, de manifestations plus rares sauf celle du cœur, qui lui soit inférieure comme fréquence parmi les viscéropathies spécifiques. Le cerveau, le rein, le foie, l'emporte sur la syphilis du poumon à cet égard-là et de beaucoup, principalement le premier. Immenses probabilités, ajoute-t-il, pour qu'un syphilitique quelconque échappe à la consommation pulmonaire, de celle qui émane directement de la syphilis.

D'après NEUMANN, les affections syphilitiques des poumons doivent être exceptionnelles par rapport à celles des autres organes. Pour CARLIER, dans 62 cas, où la terminaison est notée :

38 fois il y a eu mort.

24 fois il y a eu guérison.

Sur les 38 cas qui se sont terminés par la mort, il n'y

avait que 14 cas de pneumosyphiloses isolées. Dans 11 cas il y avait une affection du foie, dans 4 des lésions du larynx, dans 1 du cerveau, dans 2 des gommes du cœur, et dans 2 ou 3 des lésions rénales. Plusieurs fois le rein et le foie étaient atteints en même temps que le poumon.

Dans les 24 cas de guérison, la pneumosyphilose était 20 fois seule sans coïncidence spécifique. Dans deux cas il existait des troubles cérébraux et dans deux des lésions osseuses dont une avec phagédénisme énorme du pied.

Le professeur FOURNIER a dressé un tableau des manifestations de la syphilis tertiaire, d'après un total de 5.762 déterminations morbides observées sur 4.000 hommes et 400 femmes. Nous le rapportons. Il nous donne une idée un peu ancienne du degré de fréquence des lésions pneumosyphilitiques, en comparaison avec les diverses affections tertiaires. L'idée que nous en aurons sera donc de ce temps, où on pensait moins à la syphilis du poumon qu'aujourd'hui.

MANIFESTATIONS DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

(D'après 4.400 cas)

Syphilides cutanées	1.418
Gommes sous-cutanées	202
Lésions tertiaires des organes génitaux.....	271
Lésions tertiaires des lèvres.....	42
Lésions tertiaires de la langue.....	262
Lésions tertiaires du voile du palais.....	215
Lésions tertiaires de l'isthme guttural.....	23
Lésions tertiaires du pharynx.....	94
<i>A reporter.....</i>	2.527

<i>Report</i>	2.527
Lésions tertiaires des diverses muqueuses.....	8
Lésions tertiaires du système osseux.....	519
Lésions osseuses du squelette nasal et du palais osseux	229
Lésions tertiaires nasales.....	43
Arthropathies	22
Gommes musculaires	16
Gommes tendineuses	3
Lésions du tube digestif (œsophage à rectum)..	8
Lésions ano-rectales	12
Lésions du larynx et de la trachée.....	32
Lésions tertiaires du poumon	23
Lésions du cœur	7
Lésions des artères.....	15
Lésions du foie	9
Lésions du rein.....	30
Lésions du testicule	245
Lésions de l'urètre.....	10
Lésions de l'œil.....	110
Lésions de l'oreille	26
Syphilis cérébrale	758
Accidents cérébraux-spinaux	29
Monoplégies	6
Syphilis médullaire	136
Tabes	628
Tabes cérébro-spinal	45
Névrites et atrophies musculaires	24
Paralyse générale	86
<i>A reporter</i>	5.606

	<i>Report.....</i>	5.606
Paralysies oculaires		110
Hémiplégie faciale		23
Affections nerveuses diverses		6
Lésions de localisations diverses		17
		5.762

Le professeur TRIPIER prétend que la localisation de la vérole au poumon est une manifestation viscérale fréquente. Le professeur ROQUE voit quatre ou cinq fois par an dans son service, des malades considérés comme des tuberculeux et chez lesquels on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Pour le professeur PAVIOT, également, on verrait souvent des sujets passer pour des tuberculeux alors qu'ils sont atteints de syphilis du poumon. La ressemblance des deux affections, les associations de syphilis et de tuberculose, les dilatations bronchiques sont généralement des causes d'erreur (MASSIA).

II. — Fréquence de la syphilis du poumon par rapport à la tuberculose pulmonaire.

Nous ne connaissons pas de statistiques publiées à ce sujet : la syphilis du poumon étant très rare par rapport à la tuberculose pulmonaire.

C'est pourquoi, la statistique que nous avons scrupuleusement établie au Sanatorium de Saint-Genis-Laval pourra dorénavant être utile.

III. — Fréquence de la tuberculose pulmonaire associée à la syphilis.

Parmi toutes les observations qui ont été publiées sur la syphilis pulmonaire, il existe des cas de syphilis et de

tuberculose associées, HAUSERMANN et RINDFLEISCH considèrent cette association comme fréquente.

Dans sa thèse, STIEFFEL a divisé les cas de tuberculose en cas graves et en cas légers. Pour 40 cas graves de tuberculose chez des syphilitiques il en est résulté les chiffres suivants :

Cas où l'origine de la syphilis est restée inconnue	9 cas.
Tuberculose survenant pendant la période secon-	
daire au bout de quelques mois.....	15 —
Tuberculose survenant de 2 à 4 ans après la	
syphilis	10 —
Tuberculose survenant de 5 à 8 ans après la	
syphilis	6 —

Cet état démontre que la tuberculose est d'autant plus grave chez un syphilitique avéré que la syphilis est plus jeune.

Pour 31 cas légers voici les résultats :

Syphilis ancienne (sans date).....	11 cas.
— de 6 à 10 ans.....	8 —
— de 11 à 15 ans.....	2 —
— de 15 à 20 ans.....	5 —
— de 20 à 25 ans.....	3 —
— à 25 ans et au-dessus..	2 —

La syphilis prédisposant à la tuberculose, il n'est donc pas rare de rencontrer ces deux affections réunies (SERGENT).

II. — Notre statistique

Par suite d'une confusion toujours possible des lésions pulmonaires de la syphilis et de la tuberculose, ou d'une

latence prolongée, de nombreux cas de syphilis du poumon peuvent se présenter dans un sanatorium. Le service de triage, examinant les cas les uns après les autres, en élimine, mais, malgré toute l'attention des cliniciens, étant donné les difficultés du diagnostic, quelques cas peuvent échapper à leur sagacité et les sujets porteurs de lésions syphilitiques sont soignés comme des bacillaires, jusqu'au jour où le diagnostic est fait.

Pendant l'année 1919, l'hôpital-sanatorium de Saint-Genis-Laval a soigné 520 bacillaires. Dans ce nombre, nous notons deux cas où la tuberculose est associée à la syphilis.

En 1920, 291 cas de bacillose sont enregistrés. Sur ce nombre nous détachons 8 cas intéressants : 2 cas de syphilis pulmonaire et 6 cas de tuberculose associée à la syphilis.

L'année 1921 enregistre 204 malades, dont 4 cas de tuberculose associée à la syphilis.

En 1922, jusqu'en fin juin : 115 bacillaires dont 2 cas de tuberculose associée à la syphilis.

Au total : 16 cas ; 2 cas de syphilis pulmonaire et 14 cas de tuberculose associée à la syphilis.

ANNÉES	1919	1920	1921	1922
Malades	520	291	204	115
Cas de syphilis pulmonaire		2		
Tuberculose associée à la syphilis	2	6	4	2

EN RÉSUMÉ, sur 1.130 malades nous avons 2 cas de syphilis pulmonaire et 14 cas de tuberculose associée à la syphilis. Parmi ces derniers 14 cas, nous notons 6 cas où la tuberculose se développe peu de temps après l'infection syphilitique, et 8 cas où la tuberculose se développe tardivement.

On a le tableau suivant :

Tuberculose survenant du 5 ^e au 8 ^e mois.....	6 cas.
{ 3 cas au 5 ^e mois ;	
{ 1 cas au 6 ^e mois ;	
{ 1 cas au 7 ^e mois ;	
{ 1 cas au 8 ^e mois.	
Tuberculose survenant de 8 à 10 ans.....	2 —
— de 13 à 16 ans.....	3 —
Syphilis ancienne (sans date).....	3 —
Total.....	14 cas.

CHAPITRE III

Nos observations de syphilis pulmonaire

Nous avons rassemblé deux cas de syphilis pulmonaire, sur 1130 malades pendant trois ans. Nous allons exposer les deux observations puis nous en ferons l'étude pour savoir dans quelle mesure les notions qui en découlent, se rapportent aux notions classiques.

OBSERVATION I

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Syphilis pulmonaire. Lésion de sclérose étendue à tout le lobe supérieur gauche, avec caverne volumineuse ou pneumothorax localisé ?

G... L..., 24 ans, 1^{er} groupé d'aviation. Entré à l'hôpital le 3 avril 1920.

Pas d'antécédents héréditaires.

Coqueluche à 6 ans, pas d'autres maladies.

Incorporé le 1^{er} mai 1917. Bronchite en août 1918. En décembre 1919, il est versé dans le service auxiliaire avec gratification de 10 %.

A l'entrée : le malade se plaint de douleurs au niveau du sein gauche. Dyspnée considérable à l'effort. Tousse peu, pas d'expectoration. Jamais d'hémoptysie. Sueurs nocturnes par intermittence. Amaigrissement de 8 à 10 kilos pendant un mois et demi (poids normal : 59 kilos). L'appétit est assez bon, digestions bonnes, pas de diarrhée. Tension : 13×8.

Examen clinique à l'entrée :

Au poumon droit : respiration un peu soufflante.

Au poumon gauche : au sommet, en arrière, matité presque complète avec diminution des vibrations vocales. Pectoriloquie aphone et bronchophonie très marquées. Souffle tubospéloncique. Pas de bruits surajoutés. En avant, sous la clavicule, skodisme net avec souffle amphorique. Respiration presque obscure. Expiration voilée.

27 avril 1920. — Depuis l'entrée le malade présente une fièvre à oscillations marquées entre 36°4 et 38°. L'expectoration est toujours à peu près nulle.

Au poumon gauche : au sommet, en arrière, submatité avec résistance au doigt. Vibrations vocales légèrement diminuées. Souffle, toux, voix cavitaires, gargouillements. En avant, sous la clavicule, submatité avec bruit de pot fêlé par percussion de la clavicule. Gargouillements avec souffle cavitaire. Foyers de sous-crépitations et craquements humides importants dans la région sous-jacente. Ebauche de bruit d'airain par la percussion de l'extrême sommet.

5 mai 1920. — Depuis l'entrée la température oscille toujours entre 36°6 et 38°. L'expectoration toujours minime s'est accompagnée avant-hier de la présence de petits grumeaux blanchâtres riziformes (aspect d'une tête d'épingle).

Au poumon gauche on perçoit toujours de la submatité en avant comme en arrière avec bruit de pot fêlé sous la clavicule. Le souffle est toujours de timbre spéloncique et amphorique. Le gargouillement de la région sous-apexienne a disparu et les râles ont diminué. Pas de bruits d'airain par la percussion du sommet. Une ponction exploratrice faite dans le deuxième espace, en avant, ne ramène que quelques gouttes de sang.

Acné chronique.

15 mai 1920. — L'expectoration surtout muqueuse présente

encore des grumeaux. La réaction xantho-protéique a révélé de l'albumine.

Au poumon gauche : au sommet, en arrière, râles mal définis et indistincts ; en avant, sous la clavicule, surtout à la partie interne, toux et respiration spéléonçique avec quelques râles secs de voisinage.

La température est à $37^{\circ}2-37^{\circ}4$ depuis trois jours.

14 juin 1920. — La température persiste, à $37^{\circ}6-37^{\circ}9$. Au poumon gauche : en avant comme en arrière, matité assez accusée avec respiration broncho-spéléonçique, craquements éclatants moins secs.

Expectoration toujours minime, presque nulle. Absence de bacilles de Koch à de nombreux examens. Réaction de Wassermann positive.

12 juillet 1920. — Le malade vient d'avoir 5 injections intraveineuses de 914 (15-30-40-45-60 centigrammes) avec de plus, 10 injections de 0.10 centigrammes de biiodure de mercure. A la suite de ce traitement, la température qui atteignait 38° , a nettement descendu et ne dépasse pas $37^{\circ}-37^{\circ}5$.

Suppression de l'expectoration d'ailleurs minime. Amélioration de l'état général, des troubles fonctionnels : dyspnée d'effort, sueurs nocturnes.

Au poumon gauche, en arrière, matité avec légère résistance au doigt, légère diminution des vibrations vocales. Les signes spéléonçiques ont notablement diminué d'intensité. Toux un peu éclatante. Bronchophonie et égophonie, craquements secs avec quelques râles cavernuleux secs.

En avant, sous la clavicule on ne constate plus qu'un souffle broncho-cavitaire sec avec quelques râles éclatants lointains.

Le poumon droit est normal.

Engraissement de 44 à 50 kilos.

Amélioration considérable à la suite du traitement spécifique.

A proposer pour réforme définitive n° 2.

Examen radioscopique :

12 mai 1920. — Au niveau de tout le tiers supérieur du poumon gauche, zone d'opacité totale avec limitation inférieure scissurale en parasol. Apparition en vue frontale d'un trou de clarté (pièce de 50 centimes), s'éclairant légèrement par la toux.

19 mai 1920. — L'opacité paraît être renforcée au niveau de la région scissurale et le petit trou de clarté apparaît plus net encore.

2 juin 1920. — Opacité persistante étendue à tout le lobe supérieur du poumon gauche. L'opacité paraît plus accusée dans les parties inférieures de cette zone avec limitation à concavité inférieure assez nette. On ne retrouve plus la zone de clarté arrondie signalée antérieurement.

Date de sortie de l'hôpital : 10 septembre 1920. Convalescence.

OBSERVATION II

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIÉRY).

Dilatation bronchique bilatérale d'origine spécifique. Wassermann positif. Absence de bacilles de Koch.

M... H..., 29 ans, 30^e Bataillon de chasseurs. Entré à l'hôpital le 10 mars 1920.

Pas d'antécédents héréditaires.

A 18 ans, a eu une bronchite avec pleurésie. Incorporé en octobre 1913 : se plaint de dyspnée, de toux. Réformé au bout de trois mois pour bronchite (une hémoptysie).

Repris en 1915 dans le service armé ; part au front, est évacué à plusieurs reprises. En 1918, réformé n° 2 à Romans. Fait un séjour au sanatorium de Portes-les-Valence pendant un mois et demi (hémoptysies).

A l'entrée : le malade se présente avec un état général satisfaisant. N'a pas maigri. Dyspnée, toux nocturne. Expectoration abondante, muco-spumeuse. Sueurs nocturnes. Bon appétit. Digestions bonnes. Toux émetisante, après les repas.

Au poumon droit : légère obscurité respiratoire au sommet et en arrière.

Au poumon gauche : matité atteignant la moitié de la hauteur du poumon, en arrière. Souffle tubaire avec gargouillement à la partie inféro-interne, en arrière.

En avant dans la région sous-claviculaire la respiration est rude. Tension : 15×7.5.

La quantité de l'expectoration a progressivement augmenté

depuis 1913, surtout après l'hémoptysie de 1915. Le malade accuse des hémoptysies fréquentes en exerçant son métier de cordonnier.

La recherche des bacilles de Koch a été négative à tous les examens pratiqués.

Ongles avec légère déformation ébauchée en bec de perroquet.

16 mars 1920. — Depuis l'entrée la température un peu irrégulière, est normale. L'expectoration est muco-purulente, surtout mousseuse, abondante : un crachoir par 24 heures.

Au poumon gauche, sur toute la hauteur râles sibilants humides ; mais surtout à la région moyenne foyer de râles sibilants et muqueux très humides allant parfois jusqu'au gargouillement. Inspiration soufflante avec timbre tubaire et humide à la base. Submatité avec résistance au doigt ; légère obscurité respiratoire.

Au poumon droit : sommet un peu obscur. Dans la région scissurale, mêmes râles humides qu'au poumon gauche mais avec souffle et gargouillement moins nets.

23 mars 1920. — L'expectoration est toujours abondante, muco-purulente, spumeuse. Légère fétidité.

Au poumon gauche, en arrière, le long de la ligne scissurale on perçoit toujours les mêmes signes cavitaires. Au poumon droit, ces signes sont les mêmes mais plus atténués avec de gros râles bronchiques et localisés au voisinage du hile.

26 mars 1920. — Le malade nie toute spécificité. Aspect de la voûte légèrement ogivale. Laryngites fréquentes, maux de gorge fréquents également. Pas d'adénite cervicale ni sus-épitrochléenne.

Epreuve de la marche négative. Poids le 10 mars 1920 : 62 kilos 500 ; le 20 mars 1920 : 61 kilos 800.

Date de sortie de l'hôpital : 26 mars 1920.

Nota. — L'examen radioscopique a été envoyé au Centre spécial de réforme de Valence, puis au Ministère des Pensions.

■
* *

L'observation I, nous met en présence d'un sujet qui, malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, a fait une syphilis pulmonaire à syndrome cavitaire. Il nous paraît assez naturel de diviser cet aspect clinique en deux périodes : la première qui va du début de l'affection jusqu'au

traitement ; la deuxième, du traitement à la période du diagnostic confirmé.

Dans la première période le malade maigrit, de 59 à 50 kilogs ; néanmoins, à part une forte dyspnée, les signes généraux sont satisfaisants. A l'examen clinique rien à droite, mais à gauche : signes d'évolution caséeuse, signes spéléonciques. L'expectoration est peu abondante, mais présente à un moment donné des grumeaux blanchâtres, La température est subfébrile. Pas de bacilles dans les crachats à de nombreux examens. La réaction de Wassermann est positive.

Le traitement spécifique est institué : la température tombe de 38° à 37°. Tous les symptômes s'amendent. Le sujet qui pesait 44 kilogs remonte à 50.

La réaction de WASSERMANN positive, l'absence de bacilles après de nombreux examens, l'unilatéralité des lésions, l'évolution lente, sans fièvre hectique, l'efficacité du traitement ne laissent pas de doute sur la nature de l'affection.

Selon la théorie classique nous serions en présence d'une forme cavaire par ulcération gommeuse. Mais l'Ecole lyonnaise pense autrement. Energiquement défendue, en cette étude clinique par M. BÉRIEL, cet auteur estime, d'après des recherches assidues et d'après l'examen des résultats d'autopsie, que les cavités pulmonaires syphilitiques sont dues à des bronchectasies typiques ou secondairement modifiées plutôt qu'à des pertes de substance du parenchyme ou à des gommes ulcérées. M. BÉRIEL rapporte un type cavaire, une forme pseudo-tuberculeuse de bronchectasie. « On observe, dit-il, dans une partie quelconque du poumon, assez fréquemment dans

le lobe supérieur, une perte de substance volumineuse grosse comme un œuf de poule même comme une petite orange. La cavité contient soit un liquide muqueux, soit le plus souvent une substance caséuse plus ou moins ferme. Cette cavité peut paraître unique mais en réalité elle est associée à d'autres petites dilatations bronchiques, à de la sclérose ou à des foyers de pneumonie interstielle ».

Il nous semble logique de ranger ce cas dans cette forme particulière de bronchectasie pseudo-tuberculeuse à syndrome cavitairé, notre observation répondant bien à la description précédente.

L'observation II nous met en présence d'une syphilis pulmonaire à forme bronchectasique proprement dite.

A son entrée, l'état général du malade est bon. L'appétit, la digestion sont satisfaisants ; pas d'amaigrissement. La température ne dépasse pas la normale. Depuis 7 ans, son expectoration abondante va en augmentant. Les hémoptysies sont fréquentes. A l'auscultation du poulmon gauche on a de la rudesse respiratoire au sommet et du gargouillement, des signes cavitaires à la partie moyenne. A droite mêmes signes plus atténués. Le diagnostic de spécificité pulmonaire à dilatation bronchique bilatérale est porté.

La localisation à la région moyenne, l'abondance de l'expectoration, la bonne tenue de la santé, l'absence de bacilles de Koch après plusieurs examens, l'absence de fièvre, l'évolution lente, l'aspect normal des signes généraux en discordance non proportionnée avec les signes physiques ou fonctionnels, la réaction de Wassermann

positive, toute cette kyrielle de symptômes nous fait admettre la nature bronchectasique de l'affection.

Nous noterons également, ici, la *bilatéralité des lésions*, alors que normalement pour les auteurs (MAURIAC, FOURNIER, BÉRIEL) l'unilatéralité est la règle.

EN RÉSUMÉ il semble bien que les 2 cas uniques observés sur 1.130 malades dans un Hôpital-Sanatorium, malgré le service de triage qui ne laisse entrer que des tuberculeux plus ou moins avérés, doivent se classer dans les formes bronchectasiques, les plus fréquemment observées.

CHAPITRE IV

Nos observations de tuberculose pulmonaire associée à la syphilis

Nous avons recueilli 14 observations de tuberculose associée à la syphilis et nous croyons pouvoir les diviser suivant la méthode classique en deux groupes :

I. — Tuberculose précoce chez un syphilitique récent.

II. — Tuberculose tardive chez un syphilitique ancien.

Nous allons exposer ces cas personnels, en faire la critique et voir dans quelle mesure les notions cliniques qui en découlent peuvent infirmer ou confirmer les notions établies par les auteurs et exposées dans un chapitre précédent.

I. - Cas de tuberculose pulmonaire précoce chez un syphilitique récent.

Cette première partie comprend six observations.

OBSERVATION I

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Spécificité antérieure. Bacillose pulmonaire à début basal: pleuro-pneumonie légèrement caséifiante de la base droite. Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Pleurésie médiastinale concomitante. Foyer secondaire de la base gauche.

V... M..., 23 ans, entré le 29 janvier 1922, vient de Saint-Mandrier où il était en traitement pour tuberculose pulmonaire.

Antécédents héréditaires : parents vivants. Son père a eu il y a quinze ans une pleurésie. Sa mère en bonne santé tousse un peu cependant. Une sœur morte en bas âge d'une affection indéterminée.

Antécédents personnels : bonne santé habituelle. N'a eu que la scarlatine jusqu'au service militaire. A été incorporé en février 1918, en bonne santé. En juillet 1921 il commença à *tousser et à cracher*. Il a perdu pendant le seul mois de juillet de 4 à 5 kilos. En août 1921 même état, avec des signes plus marqués peut-être. Il s'est fait hospitaliser le 11 septembre 1921 pour toux, céphalée, asthénie, température : 38°5. On diagnostiqua une bronchite droite. Envoyé ensuite à l'hôpital Sainte-Anne, à Toulon, on diagnostiqua une bronchite double aiguë. Dans son expectoration le malade constata plusieurs fois des filets de sang. Le 28 décembre 1921, ses crachats contenaient des bacilles. On constata alors des signes de symphyse pleurale à la base droite ; on l'envoya à Saint-Mandrier, d'où il partit le 28 janvier pour l'hôpital de Saint-Genis avec le diagnostic : tuberculose pulmonaire avec signes de ramollissement au début, du sommet droit ; pleuro-congestion de la base droite ; signes cliniques et radioscopiques de symphyse pleurale de la base droite avec déviation médiastinale ; *syphilis* récente contractée en février 1921.

A Saint-Genis, il commence à cracher du sang, il en a craché pendant quatre jours, par gros crachats rouges. Actuellement le malade accuse des points diffus à droite, de la dyspnée d'effort. Il tousse assez fréquemment et crache peu abondamment. Etat subfébrile. D'habitude il ne dépasse pas 37°7, mais monte de temps en temps à 38°2. Tension : 15.5×7.

11 janvier 1922. — Au poumon droit : en arrière, au sommet, légèr submatité. A la base, matité avec diminution des vibrations. Respiration rude avec quelques bruissements vagues au sommet. Souffle intense aux deux temps dans le lobe inférieur, marqué à la partie basale du lobe, avec râles un peu humides, éclatants et avec gargouillements. Pectoriloquie aphonie et bronchophonie, éclatement de la toux. Propagation de ces signes dans l'aisselle.

Respiration un peu intense en avant.

Au poumon gauche : en arrière, au sommet, sonorité normale. Matité légère à l'extrême base avec diminution des vibrations. A

l'auscultation : rien au sommet. Dans le lobe inférieur on entend le long de la colonne la propagation du souffle basal droit avec quelques râles un peu humides, sous-crépitaux.

En avant, un peu d'intensité de la respiration sous la clavicule.

La pointe du cœur est normalement située.

17 février 1922. — A l'entrée le malade a présenté pendant quelques jours des hémoptysies relativement abondantes : un demi crachoir de sang fluide ne se coagulant pas.

Traité les premiers jours par la potion « Ipéca-digitale », puis par les injections veineuses « Ipéca-digitale » les hémoptysies ne se sont pas reproduites et la température semble avoir un peu baissé. Expectoration muco-purulente. Au poumon droit : au sommet, en arrière, légère submatité qui va en augmentant pour aboutir à une zone de matité avec résistance au doigt qui occupe tout le tiers inférieur. A l'auscultation, au sommet : obscurité respiratoire légère ; au niveau de la moitié inférieure souffle tubaire, craquements et râles humides.

En avant, sonorité normale sur toute la hauteur, sauf au voisinage de la région axillaire où s'amorce une zone de matité qui va rejoindre la matité dorsale. A l'auscultation, au sommet, obscurité légère ; à la base obscurité avec quelques râles lointains à la partie interne. Au poumon gauche : en arrière sur toute la hauteur, sonorité normale. Au niveau de toute la base et particulièrement à la partie interne, propagation nette des bruits de la base droite.

Pas d'adénopathie. Disparition des accidents cutanés spécifiques.

24 mars 1922. — Poids actuel : 61 kilos 500 ; à l'entrée : 61 kilos 300.

Du 1^{er} janvier au 6 mars le malade a eu 8 injections de quiniobismuth. Température : 38°. Toux émétisante. Expectoration non modifiée.

Au poumon droit : en arrière, à la base matité avec résistance au doigt, ballottement léger, souffle pleurétique avec quelques râles sous-crépitaux.

24 mai 1922. — La température a baissé depuis le 6 avril : 36°8 le matin ; 37°4 le soir. Engraissement de 1 kilo 300. Expectoration minime. Le malade va mieux.

Au poumon droit : en arrière, au niveau des deux tiers supé-

rieurs, sonorité normale; à la base, submatité. A l'auscultation, en arrière, au niveau des deux tiers supérieurs: respiration obscure. A la base les foyers de râles ont diminué. En avant: aux deux tiers supérieurs respiration normale. A la base: respiration bronchique et obscure. Au poumon gauche: sonorité et respiration normale dans toute l'étendue sauf au niveau de la base gauche où l'on note une respiration bronchique et obscure avec peut-être encore quelques râles secs ébauchés.

La réaction de Wassermann est négative.

31 mai 1922. — Le malade part chez lui. Il a reçu 5 injections d'huile de foie de morue iodée, avec engraissement de 200 grammes. La température oscille entre 36°9 et 37°6.

Au poumon droit: il ne persiste plus guère que de l'obscurité respiratoire à la base droite.

Date de sortie de l'hôpital: 1^{er} juin 1922.

Examen radioscopique:

Les deux sommets ont une clarté normale à la toux. A la base droite obscurité diffuse voilant un peu sans la masquer, la ligne diaphragmatique, laquelle est immobile, avec réduction marquée du sinus. De plus, à la partie interne, opacité de forme triangulaire dont la base est médiastinale et les deux côtés à forme linéaire et curviligne se réunissant en un sommet intra-pulmonaire. Ombres médiastinales bilatérales assez accusées.

OBSERVATION II

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef: M. PIERY).

Bacilliose pulmonaire commune, poussée évolutive ulcéreuse ancienne du sommet droit. Pleuro-congestion avec épanchement de la base droite. Poussée évolutive récente du sommet gauche. Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Syphilis antérieure.

B... L..., 30 ans, adjudant; entré à l'hôpital le 21 décembre 1921, après un séjour au Val-de-Grâce de un mois et demi.

Antécédents héréditaires: Père mort d'affection inconnue. Mère morte à 45 ans de fluxion de poitrine.

Antécédents personnels: célibataire. Bonne santé habituelle.

Le malade avoue une *syphilis* contractée au début de 1919. Incorporé en octobre 1912. Pas de maladie aux armées. Au début de juillet 1919 le malade se sentait las après un certain effort; il accusait aussi de la dyspnée. Il avait maigri de 10 kilos. Il toussait, crachait abondamment. Pas d'hémoptyxies. Sueurs nocturnes.

A l'entrée: l'expectoration est muco-purulente, assez abondante. Pas d'hémoptyxies, ni de point de côté. Sueurs nocturnes. Le malade pesait environ 63 kilos au 3 novembre 1921. La température se maintient entre 38° et 39°, à faibles oscillations.

Au poumon droit: en arrière, au sommet, matité, augmentation des vibrations, respiration légèrement diminuée, expiration très prolongée à timbre soufflant un peu suspect à la partie interne de l'épine de l'omoplate; à ce niveau retentissement de la voix haute et chuchotée; râles inspiratoires non modifiés par la toux.

En avant: mêmes signes, mêmes bruits anormaux.

Au poumon gauche: en arrière, au sommet, submatité, augmentation des vibrations thoraciques. Respiration rude à timbre soufflant aux deux temps. Bouffées de râles respiratoires.

En avant: mêmes signes.

Rien à la base.

Appétit diminué; pas de troubles digestifs; état général médiocre.

11 janvier 1922. — Depuis l'entrée la température qui était à 39° les premiers jours est descendue au voisinage de 38°. Expectoration assez abondante, muco-purulente, assez fluide, légèrement spumeuse. Poids normal: 63-64 kilos.

Au poumon droit: submatité au niveau de la moitié supérieure avec légère diminution des vibrations vocales; au niveau de la moitié inférieure matité avec résistance au doigt, suppression des vibrations vocales.

A l'auscultation, en arrière, au niveau de la moitié supérieure, respiration soufflante, toux éclatante, craquements et sous-crépitations lointains avec de plus, le long de la partie interne et se prolongeant jusqu'à la base, des craquements à timbre de frottements (?); au niveau de toute la moitié inférieure: silence respiratoire net à l'extrême base seulement, avec à sa limite supérieure de nombreux frottements et râles. Pas de bronchophonie ni de pectoriloquie aphone.

Dans toute la région axillaire affleurant au niveau de la ligne comprise entre l'angle inférieur de l'omoplate et le mamelon, persistance de la matité qui occupe toute la base antérieure.

En avant, au niveau de tout le tiers supérieur on retrouve les mêmes craquements à timbre de neige froissée, entremêlés de craquements plus nets avec toux éclatante.

Au poumon gauche: en arrière, au sommet, sonorité normale, respiration un peu bronchique mais sans râles nets. Toutefois, à sa partie interne, foyer de râles sous-crépitaux et de craquements.

En avant, sous la clavicule, mais seulement à la partie interne, foyer assez dense de craquements humides.

22 mars 1922. — Au point de vue thérapeutique le malade a eu 15 injections d'iodéol en janvier et en février, puis 8, de quiniobismuth. La température oscille entre 38°-39°8. Expectoration toujours abondante.

Au poumon droit: en arrière, persistance de la matité à la base.

A l'auscultation, au niveau des deux tiers supérieurs, sibilances expiratoires et inspirations masquant tout autre bruit. Obscurité et silence respiratoire à la base. En avant, sibilances nombreuses avec toux éclatante et râles sous-crépitaux lointains.

Au poumon gauche: en arrière, matité à l'extrême base sur 2 travers de doigt avec ballotement léger.

A l'auscultation, sibilances disséminées mais avec râles sous-crépitaux plus nets qu'à droite; à la région moyenne, quelques frottements de bruit de cuir neuf. En avant, sibilances et gros sous-crépitaux humides.

Tension: 14,5×9. Débit respiratoire: 2000/2000.

Examen radioscopique :

27 décembre 1921. — Au poumon droit: sommet grisaille sur les deux tiers supérieurs; ne s'éclairant pas à la toux. Opacité absolue de la base suivant une ligne oblique de haut en bas allant de la ligne axillaire à l'appendice xyphoïde aussi bien en arrière qu'en avant.

Au poumon gauche: sommet grisaille mais s'éclairant à la toux. Ombres ganglionnaires.

31 janvier 1922. — Grisaille et pommelures nombreuses, occupant à droite le tiers supérieur, à gauche la moitié supérieure de l'image pulmonaire. A la base gauche, opacité liquidienne, s'éle-

vant en courbe de Damoiseau avec limites diffuses à trois travers de doigt au-dessus de la coupole droite. Limite de matité s'élevant à un travers de doigt au-dessus de la limite radioscopique.

Décédé le 13 avril 1922.

OBSERVATION III

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Bacilliose pulmonaire fibreuse avec poussée congestive scissurale droite. Absence de bacilles de Koch. Syphilis secondaire avec persistance de plaques muqueuses buccales. Alopécie aiguë.

B... P..., 39 ans, 145° tirailleurs. Entré à l'hôpital de Saint-Genis-Laval, le 24 octobre 1919.

A l'entrée: état général médiocre. Toux fréquente, surtout la nuit. Crache beaucoup. Expectoration muco-purulente et muqueuse.

Au poumon droit: au sommet submatité avec respiration à timbre bronchique avec quelques râles lointains. Dans la région sous-scissurale: foyer de râles sous-crépitaants. Respiration à timbre bronchique avec quelques rares sibilances dans le reste des deux poumons.

Examen radioscopique :

Léger voile au sommet droit; les deux sommets s'éclairent dans la toux. Mobilité réduite du diaphragme.

3 février 1920. — Chancre datant de fin mai 1919. Le malade signale que depuis le 27 novembre ses cheveux ont commencé à tomber; la moustache, la barbe et les cils également. Actuellement le malade présente une alopécie générale avec calvitie générale, alopécie moins marquée au pubis. Persistance de la rougeur de la gorge avec quelques plaques muqueuses, malgré le traitement d'arsénobenzol: 6 injections. Ichtyose légère habituelle.

L'expectoration est toujours mousseuse, relativement abondante. Aux poumons peu ou pas de râles, de l'obscurité aux deux sommets en arrière. En avant, submatité du sommet droit, respiration humée aux deux sommets.

Intradermo réaction négative. Pas de température. Tension le 17 février 1920: 11×7.

Poids normal: 72 kilos. Le 28 octobre 1919: 52 kilos. Le 30 octobre 1919: 50 kilos 500.

EPREUVE DE LA MARCHÉ :

Heures	9	10	11	12
Température	37.8	38.5	38	37.8
Pouls	96	120	102	80

Date de sortie: 7 février 1920. Part à Desgenettes. Le malade en sort le 11 février 1920 avec le diagnostic: syphilis secondaire. Plaques muqueuses des amygdales. Evacué sur l'hôpital de Saint-Genis-Laval. Pas de renseignements supplémentaires.

OBSERVATION IV

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef: M. PIERY).

Spécificité antérieure. Bacillose pulmonaire à prédominance fibreuse. Ancienne poussée évolutive ulcéreuse probable du sommet droit actuellement sclérosée. Absence de bacilles de Koch.

B... G...-A..., 26 ans, mécanicien, 1^{er} groupe d'aviation. Entre à l'hôpital le 16 décembre 1919.

Réformé au moment de la mobilisation, pour faiblesse de constitution; classé service auxiliaire le 16 mai 1917; envoyé sur le front comme mécanicien dans l'aviation.

Evacué le 28 juin 1917 pour *spécificité*. Elle a été améliorée depuis et il n'a plus eu d'accidents. Le 17 décembre 1917 il est évacué pour bronchite suspecte et induration du sommet droit. Il séjourne au Crotoy (Somme) jusqu'au 8 janvier 1918. A ce moment il a une hémoptysie, des sueurs nocturnes et de fortes toux. Convalescence de 45 jours, chez lui à Paris. En avril 1918 on l'hospitalise à nouveau à Chambéry; le 25 avril 1918 on l'envoie à la Côte-Saint-André (Isère). Il a passé presque tout son temps à l'hôpital, puis est arrivé à Saint-Genis le 16 décembre 1919 où il

n'est resté que quelques jours. Le 20 février 1920 il y rentre à nouveau.

A l'entrée : antécédents héréditaires : père déchu de sa puissance paternelle pour alcoolisme et inconduite.

Antécédents personnels : bronchites et faiblesse générale depuis quelque temps.

Etat général médiocre. Toux minime, surtout matutinale. Expectoration minime. Quelques points de côté et quelques sueurs nocturnes. Quelques poussées de température. Pas de pectoriloquie aphone, un peu de bronchophonie et de retentissement de la voix. Diminution de la respiration à droite avec au sommet un petit foyer de râles sous-crépitaux secs. Obscurité respiratoire à gauche.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

20 février 1920. (Revient pour la deuxième fois). — Pas d'hémoptysies actuelles, si fréquentes à la Côte-Saint-André. Sueurs nocturnes non continues, auparavant plus fréquentes. Bonne digestion, un peu de diarrhée. Dyspnée d'effort. Obscurité marquée de tout le poumon droit. A la base, respiration rude et soufflante.

A gauche, sommet obscur avec quelques bruissements. Le 21 février 1920, l'intradermo-réaction est faiblement positive. L'albumino-réaction est négative.

Poids : le 22 février 1920, 53 kilos 200 ; le 1^{er} mars 1920, 53 kilos

Poids normal : 60 kilos.

Le 22 février 1920. — Pas de bacilles dans les crachats.

4 mars 1920. — Depuis l'entrée, la température atteint fréquemment 37°7-37°8. L'expectoration est muqueuse, faiblement purulente.

Au sommet droit : en avant comme en arrière : respiration rude et obscure avec quelques râles discrets et inconstants. Absence de craquements et de râles sous-crépitaux. Un peu de bronchophonie et de pectoriloquie aphone. Amaigrissement non progressif.

OBSERVATION V

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Bronchite chronique avec emphysème et petit asthme, sclérose discrète probable du sommet droit. Pas de signes de lésions évolutives bacillaires. Spécificité antérieure. Absence de bacilles de Koch dans les crachats. Etat général médiocre. Amaigrissement persistant. Pas de fièvre.

F... F..., 41 ans, 205^e Régiment d'infanterie. Entre à l'hôpital le 21 décembre 1920.

Antécédents héréditaires : ses parents sont morts jeunes. Il a un frère en bonne santé.

Antécédents personnels : pas de maladies d'enfance. Réformé en 1900 pour entorse. Récupéré en février 1915. En avril 1918 il est évacué pour bronchite et mauvais état général (hémoptysie). Deux mois d'hôpital, trois mois de convalescence. En janvier 1919 : grippe pendant un mois et demi. Il est réformé en février 1920 pour bronchite chronique avec gratification de 30 %. Il continue à maigrir. Le 14 décembre 1920 la commission de réforme l'envoie à Saint-Genis.

En août 1917, le sujet a eu 5 injections de novarsénobenzol pour *accident spécifique de la langue*.

A l'entrée : le malade se plaint de faiblesse générale, il tousse surtout le matin, expectore peu ; sueurs nocturnes permanentes. Dyspnée à l'effort, pas de points de côté, quintes de toux la nuit. L'appétit est assez bon, la digestion aussi.

Au poumon droit : en arrière au sommet, submatité avec exagération des vibrations vocales, respiration rude un peu obscure ; submatité de la base de 4 travers de doigt, respiration bronchique dans toute l'étendue du poumon.

En avant : submatité à la percussion de la clavicule, respiration soufflante entremêlée de sibilances.

Au poumon gauche : respiration bronchique surtout prononcée à l'auscultation, en arrière.

Réflexes tendineux et pupillaires normaux.

Poids actuel : 56 kilos 500.

27 décembre 1920. — Depuis l'entrée, la température a été normale, sauf un jour à 38 degrés.

L'expectoration est muco-purulente et un peu spumeuse, d'abondance moyenne. Le malade se plaint de toux et de quelques accès de dyspnée nocturne. Il dit ne pouvoir exécuter son métier de charpentier à cause de sa faiblesse. Ainsi qu'en témoigne ses photographies il aurait beaucoup maigri. L'état général est médiocre.

Aux poumons, dans toute l'étendue, la respiration est sibilante avec expiration prolongée. Quelques gros râles sibilants aux bases sans foyer de râles fins. La sonorité exagérée à la base gauche est diminuée relativement à la base droite. Au sommet droit légère diminution de la sonorité aussi bien en avant qu'en arrière avec respiration un peu obscure et rude.

EPREUVE DE LA MARCHÉ, LE 23 DÉCEMBRE 1920 :

Heures	8	9	10	17
Température	37.2	38.3	37.5	37.6
Pouls	84	128	92	98

*
* *

L'observation I nous met en présence d'une forme particulière de tuberculose pulmonaire : c'est une forme pleuro-pneumonique à localisation basale, avec pleurésie médiastinale, hémoptysies abondantes. Le sujet contracte la syphilis en février 1921. En juillet : 5 mois après, il manifeste des symptômes de bronchite, avec affaiblissement général. Sous l'influence du traitement spécifique (injections de quinio-bismuth), il y a amélioration : légère augmentation sur le poids d'entrée, baisse de la température, diminution des signes d'auscultation. La réaction de Wassermann est négative. C'est une forme de gravité

moyenne qui n'est pas en rapport avec la gravité des auteurs. Dans quelle mesure peut-on invoquer la présence de lésions d'origine syphilitique ? On peut se demander si la syphilis n'est pas intervenue dans la localisation à la base (pleurésie médiastinale, hémoptysies fréquentes).

L'observation II est un cas de tuberculose pulmonaire commune, grave, fibro-caséreuse, à début récent : syphilis contractée au début de 1919 : les premiers symptômes de bronchite apparaissent quelques mois après en juillet de la même année. Amaigrissement de 10 kilogs. Présence de bacilles dans les crachats. C'est une forme relativement grave qui résiste au traitement par l'Iodéol et le quiniobismuth. Le dernier épisode pulmonaire paraît être une pneumonie caséifiante avec pleurésie de la base droite. L'évolution a duré trois ans, l'issue a été fatale.

Dans l'observation III, le sujet évolue en pleine période secondaire. Il contracte la syphilis en mai 1919 et entre à l'Hôpital de Saint-Genis cinq mois après. Ici on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une tuberculose fibreuse et bénigne née chez un syphilitique récent ou bien de localisations pulmonaires syphilitiques pures. En faveur de cette dernière hypothèse : l'intradermo-réaction est négative, et il y a absence de bacilles de Koch dans les crachats. L'influence du traitement est difficile à établir.

L'observation IV est encore un cas de tuberculose récente à tendance fibreuse. L'infection syphilitique date de juin 1917 : cinq mois après, apparition de symptômes de bronchite suspecte. Comme dans les cas précédents on peut se demander, ici, s'il s'agit d'un cas de tuberculose pulmonaire chez un syphilitique ou s'il s'agit de syphilis pulmonaire à forme fibreuse. L'intradermo-réaction est

faiblement positive et l'examen des crachats ne révèle pas de bacilles.

L'observation V est un nouveau cas de tuberculose à début précoce, c'est-à-dire que le début des lésions de bronchite évolue huit mois après l'infection tréponémique. Dans ce cas il s'agit de bronchite chronique avec emphyseme et petit asthme. Là, encore nous devons nous demander s'il ne s'agit pas de syphilis pulmonaire à type fibreux. Absence de bacilles de Koch.

Enfin nous croyons devoir rapporter, comme très intéressante, l'observation de LE MER relative à G..., 21 ans, sujet serbe, tirée du service de M. le professeur ROQUE. Nous avons pu compléter l'observation de ce malade qui, après avoir quitté le service du professeur ROQUE, fut envoyé au Château du Montet, à Saint-Genis-Laval.

OBSERVATION VI

G..., 21 ans, sujet serbe.

Entre à l'hôpital en octobre 1919 pour toux, dyspnée, point de côté à gauche.

Antécédents héréditaires: père tué à la guerre balkanique à 48 ans. Mère vivante et bien portante. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels: rougeole dans l'enfance. Santé habituelle excellente. Arrivé en France depuis trois ans pour faire ses études de médecine. Le malade affirme n'avoir jamais toussé jusqu'à ces derniers mois (septembre 1919). A cette époque, il ressent quelques douleurs fixes, vers la pointe de l'omoplate gauche et commence à tousser, malaises qu'il qualifie de congestion pulmonaire et pour lesquels il ne consulte pas. Les premiers accidents sont survenus pendant un voyage de Serbie en France. Il doit se reposer ayant perdu plusieurs kilogrammes, souffrant beaucoup du côté gauche et la toux s'étant installée d'une façon définitive. Il n'a jamais eu d'hémoptysies. Il nie la spécificité et l'éthylisme.

Examen du malade: jeune homme de musculature moyenne, de bonne taille, au faciès coloré, mais aux yeux brillants. Température à l'entrée: 38°. Sueurs abondantes la nuit. Léger point de côté. Toux fréquente, grasse, non douloureuse, expectoration purulente.

Examen stéthoscopique: poumon droit normal.

Poumon gauche: au sommet, en arrière, submatité peu marquée, vibrations vocales, assez nettement exagérées. Retentissement de la voix et de la toux. Gros râles humides couvrant l'inspiration qui se termine par des bruits secs en cuir rapé. Expiration à gros râles humides. Tous ces symptômes s'exagèrent avec la toux. Tous les râles ont leur maximum au sommet. En avant: mêmes signes d'auscultation. La submatité y semble plus accentuée. A la base: la respiration est un peu moins bien entendue que du côté opposé; elle est un peu rude, mais pas de bruits adventices, même après les plus grandes inspirations. Sous l'aisselle quelques râles humides, sibilances et bruits secs.

Examen des réflexes: rotuliens: un peu exagérés des deux côtés. Pupillaires: normaux.

Examen bactériologique: très nombreux bacilles de Koch.

Le 3 janvier 1920, le malade est pris d'une dyspnée intense qui s'accroît chaque jour. Il est légèrement violacé. Ponction qui ramène 900 grammes de liquide citrin.

Le 12 janvier, nouvelle ponction qui donne un liquide franchement hémorragique: 1.500 grammes environ. Deux pneumothorax artificiels en janvier.

En mars 1920, le malade finit par avouer qu'il a contracté la *syphilis* il y a un an. Cet aveu est déterminé par une clinique magistrale du professeur Roque sur les rapports de la syphilis et de la tuberculose et sur les résultats favorables obtenus en pareil cas par le traitement spécifique, clinique dont les échos sont parvenus au malade.

Aussitôt une série d'injections de néo-salvarsan est entreprise. On pratique 6 injections intra veineuses progressives de 0.15 à 0.90. En mai 1920 on note une amélioration manifeste de l'état général. Les signes pulmonaires sont un peu atténués. Période d'apyrexie complète. Le malade a repris de l'embonpoint, un teint rose et son état est tellement amélioré qu'il lui est permis de faire

des promenades, alors que le mois précédent, son état inspirait de grosses inquiétudes. En juillet 1920 le malade, en pleine convalescence, quitte le service Roque pour le Château du Montet, à Saint-Genis-Laval.

Le 7 juillet 1920. — Entre au Château du Montet. A l'examen : poumon droit, sommet arrière submatité, signes de ramollissement sur toute la hauteur. Obscurité à la base. En avant : signes de ramollissement.

Poumon gauche : en arrière, obscurité de la base, ramollissement sur toute la hauteur ; en avant, géode étendue sous la clavicule.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse bilatérale. Présence de bacilles dans les crachats.

Le 20 juillet. — Sueurs fréquentes. Même état pulmonaire.

Le 6 août. — Fièvre. Dépression générale. Accentuation des signes pulmonaires.

Le 21 août. — Cachexie lente. Perte des forces. Frottements de la base gauche.

Le 6 septembre. — Même état.

Le 20 octobre. — S'affaiblit de plus en plus. Expectoration purulente très abondante. Température : 38°7.

Le 21 novembre. — Laryngite.

Traitement par le gaïacol, la liqueur de Fowler, la teinture de noix vomique, les injections de biiodure de mercure.

Décédé en novembre 1920.

Cette observation est un cas de tuberculose ulcéro-caséeuse, grave, à début récent. Le sujet a contracté la syphilis au début de l'année 1919. 7 ou 8 mois après, premiers symptômes de bronchite. On ne lui applique le traitement spécifique qu'un an après le début de son infection spécifique : l'état général s'améliore. A sa convalescence il part au Château du Montet. Son état empire. Il succombe, dans une cachexie progressive.

EN RÉSUMÉ, d'après les 6 observations précédentes il n'y en a que 2 qui paraissent répondre à la gravité attri-

buée, par les auteurs, à la tuberculose pulmonaire éclore chez des syphilitiques récents : ce sont les observations II et VI.

Parmi les 4 autres il s'agit en effet de tuberculose à forme fibreuse, c'est-à-dire bénigne. Ce sont les observations I, III, IV, V. De plus, chez trois de ces dernières, les observations III, IV, V, qui n'ont présenté à aucun moment des bacilles de Koch dans l'expectoration, on peut se demander s'il ne s'agit pas de syphilis pulmonaire pure, sans que dans l'état actuel de la séméiologie de la syphilis pulmonaire il soit possible d'affirmer ce diagnostic.

II. - Cas de tuberculose pulmonaire tardive chez un syphilitique ancien

Cette deuxième partie comprend 8 observations.

OBSERVATION VII

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Bacillose pulmonaire et syphilis pulmonaire associées. Lésions scléreuses et pneumoniques hémorragiques de tout le poumon gauche avec symphyse pleurale et rétraction thoracique. Essai de pneumothorax thérapeutique. Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

Capitaine M..., 31 ans, 1^{er} génie, entre à l'hôpital le 24 juillet 1920.

Antécédents héréditaires : père mort tabétique à 58 ans.

Antécédents personnels : *chancre syphilitique*, en 1911.

Mobilisé le 2 août 1914. Evacué le 21 octobre 1914 pour bronchite. Première hémoptysie en février 1915. Hospitalisé deux fois à la Côte-Saint-André en 1918, où l'état général était médiocre.

A l'entrée : il se plaint de faiblesse générale. Toux, suivie d'expectoration non quinteuse, moyennement abondante (trois quarts

de crachoir), muco-purulente. Sueurs nocturnes. Dyspnée. Bon appétit, digestions un peu pénibles, régurgitations acides après les repas. Selles régulières. Pas d'insomnie. Bouffées de chaleur aux périodes digestives.

Depuis l'arrivée la température a atteint exceptionnellement 38° , mais s'est maintenue à $37^{\circ}4$, $37^{\circ}5$ les jours suivants; hémoptysie assez abondante le 30 avec persistance de crachats hémoptoïques et mousseux jusqu'à ce jour.

Au poumon gauche, au sommet, toux, voix et râles spéléonciques assez discrets. A la région scissurale souffle tubaire léger. A l'extrême base matité sur 2 travers de doigt avec obscurité respiratoire.

Au poumon droit pas de signes stéthoscopiques au premier examen.

Tension au Pachon : 13×9 . Poids normal : 60 kilos. Pouls : 112.

21 août 1920. — Les hémoptysies persistent (peu abondantes). Tension : 12×9 .

25 août. — Les hémoptysies se sont arrêtées. Tension : 13.5×9 . Expectoration abondante, muco-purulente.

26 août. — L'hémoptysie a débuté le 19 août avec une tension barométrique de 732. Température normale ne dépassant pas $37^{\circ}5$.

Au poumon gauche, en arrière, au niveau de tous le tiers inférieur, matité avec résistance au doigt. Abolition des vibrations vocales. Silence respiratoire. Au niveau du tiers moyen foyers de râles sous-crépitanx humides avec souffle tubo-spéléoncique.

En avant, au sommet, submatité nette, souffle, toux, voix spéléoncique. Sonorité exagérée au niveau de l'espace de Traube; obscurité marquée avec râles ébauchés.

Le malade présente du dermatographisme notable; bouffées de chaleur fréquentes; oscillations au Pachon presque nulles. Pouls 92. Malade émotif. Battement typique des paupières. Dilatation normale des pupilles. Pas de tremblement.

20 septembre. — Tension : 15×10 . Expectoration abondante, saumonée, le matin. Température normale.

14 octobre. — Deux injections intra-pleurales d'azote. Il se sent mieux, mais l'expectoration est augmentée.

Au poumon gauche: en arrière, à la région moyenne, souffle à timbre presque amphorique. En avant, silence respiratoire sur toute la hauteur.

28 octobre. — A eu une hémoptysie composée de sang pur, assez abondante. Crachats hémoptoïques.

Au poumon gauche, en arrière, persistance de la matité sur toute la hauteur avec diminution du murmure vésiculaire et poussée de râles humides et éclatants.

En avant, sonorité tympanique sur toute la hauteur avec silence respiratoire et râles lointains à l'occasion de la toux.

Au poumon droit: respiration normale avec râles de propagation probable dans la région moyenne.

Après la dernière injection d'azote, le malade a senti des douleurs à la base du poumon droit et des 2 côtés du cou. Actuellement: crépitation gazeuse dans la région sterno-mastoïdienne gauche.

10 novembre. — Les hémoptysies ont cessé depuis deux jours. Nouvelle injection d'azote. La pointe du cœur tend à se déplacer vers l'aisselle. Une première injection faite en arrière de l'angle inférieur de l'omoplate montre une carapace pleurale d'épaisseur considérable sans que le trocart trouve un espace libre. Une deuxième ponction faite sur la ligne axillaire postérieure montre que les secousses cardiaques sont encore transmises dans cette région. Épaississement pleural encore, ici, considérable. Le trocart découvre un espace libre mais au bout de quelques secondes du sang reflue par l'aiguille. Au même moment, le malade est pris d'une lypothymie sans syncope vraie, avec pouls difficilement perceptible sans perte de connaissance.

25 novembre. — Depuis 6 jours retour des hémoptysies assez importantes du début: un crachoir et demi à deux reprises. Depuis, continuation intermittente des hémoptysies. Ce matin, crachats « chocolat clair » avec spume.

Au poumon gauche, souffle tubaire intense au niveau de la région moyenne. Obscurité à la base en arrière. En avant obscurité manifeste sur toute la hauteur.

28 décembre. — L'expectoration continue à être abondante et spumeuse.

Au poumon gauche, en arrière, matité sur toute la hauteur; souffle broncho-amphorique sur toute la hauteur également, sauf à la base qui est obscure. Par la toux exagération des vibrations vocales avec bronchophonie marquée. En avant submatité sur toute

la hauteur. Obscurité respiratoire à la moitié inférieure. Respiration rude et obscure à la partie supérieure.

Au poumon droit, respiration normale.

Sensibilité à la pression sous-hépatique et au niveau du sternomastôidien droit. Tension, 14×8 .

Devant l'insuffisance hémostatique des injections d'ipéca et de digitale, ainsi que de l'émétine, on fait 6 injections de 5 centimètres cubes d'hémostyl plus une ampoule en ingestion. Arrêt de l'hémoptysie dès la troisième injection et apparition d'un érythème sérique avec accidents.

5 janvier 1921. — Les accidents sériques ont disparu. Les hémoptysies n'ont pas reparu sauf quelques crachats hémoptoïques le 28 décembre et le 1^{er} janvier. Expectoration moins abondante.

Au poumon droit: respiration normale.

Au poumon gauche: matité sur toute la hauteur; à la base obscurité respiratoire accusée; à la région moyenne souffle tubo-spéloncique se propageant jusqu'au sommet avec toux de même timbre et râles éclatants plus ou moins cavernuleux.

17 mars. — Pas d'hémoptysies depuis le 21 janvier. L'état général continue à être bon. L'expectoration reste d'abondance moyenne, muco-purulente, un peu spumeuse le matin.

Mêmes signes d'auscultation au poumon gauche. Le malade a augmenté de poids: 2 kilos. Il a eu 12 injections intra-musculaires de biiodure et 19 lavements d'huile de foie de morue non créosotée. Tension: $14 \times 8 \frac{1}{2}$.

14 avril. — Retour des hémoptysies.

21 avril. — Sang des crachats, noir. Les inhalations d'oxygène ne semblent pas avoir eu d'effets nets. Le traitement à l'hémostyl a peut-être agi.

28 avril. — Expectoration normale depuis 2 jours. Au poumon gauche, mêmes signes d'auscultation.

28 mai. — Deux hémoptysies quotidiennes depuis le 2 mai, en rapport avec une élévation thermique: $37^{\circ}2$ le matin; $37^{\circ}8$ le soir. Injection biquotidienne d'émétine.

2 juin. — L'inhalation d'oxygène depuis trois jours s'est accompagnée à la fois d'une expectoration plus mousseuse et d'une suppression à peu près complète des hémoptysies avec conservation d'une expectoration rosée intermittente. Ce matin l'expectoration

est séro-spumeuse avec fines bulles un peu rosées, assez abondantes.
Température: 37°8.

Au poumon droit: respiration normale.

Au poumon gauche: en arrière, submatité aux 2/3 supérieurs; matité à la base; exagération des vibrations vocales sauf à la base. Au 1/3 supérieur, à l'auscultation souffle tubo-bronchique, avec toux éclatante, sous-crépitaunts et craquements secs. Au 1/3 moyen, souffle moins intense. A la base respiration soufflante avec sous-crépitaunts lointains à la toux.

En avant: diminution de la sonorité au sommet, respiration soufflante, avec sous-crépitaunts à la toux. Obscurité respiratoire dans le reste du poumon. Pouls: 88.

Pas de tremblement des mains, pas d'hypertrophie thyroïdienne.

8 juin. — Depuis l'usage de l'oxygène à haute dose (200 litres) les hémoptysies ne se sont pas reproduites. Température qui persiste à 37°8 (orgelet à la paupière inférieure). Expectoration mousseuse.

24 juin. — Nouvelle hémoptysie dans la nuit du 21 au 22 qui a continué les jours suivants. L'oxygène paraît avoir moins d'effet mais on continue son emploi. Tension: 12×8.5.

1^{er} juillet. — Les hémoptysies ont disparu après trois jours d'inhalation d'oxygène. Depuis le 24: température à 38°. Crachats spumeux.

Examen radioscopique:

3 septembre 1920. — A gauche, opacité liquidienne occupant les 4/5 inférieurs du poumon avec clarté irrégulière au sommet. Trou de clarté animé de battéments rythmés par le cœur sous le diaphragme et représentant vraisemblablement la poche d'air gastrique.

15 octobre. — Apparition d'une fente de clarté à la partie externe allant du diaphragme à la région scissurale.

22 octobre. — Accentuation de la clarté aérique au sommet.

12 novembre 1920. — L'opacité de l'hémithorax gauche est maintenant presque complète laissant une étroite bande à la partie inféro-externe assez bas. Zone de clarté au sommet. Pas de déviation médiastinale.

Date de sortie de l'hôpital: 6 juillet 1921.

NOTA. — Le malade est décédé 3 mois après sa sortie.

OBSERVATION VIII

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Tuberculose ouverte du sommet gauche à tendance scléreuse. Troubles dyspeptiques. Entérocolite muco-membraneuse ; poussées fébriles intermittentes en rapport possible avec des crises d'angiocholite anictérique chez un cholémique familial. Réaction de Wassermann négative.

Commandant C..., 104^e R. I. Date d'entrée : 12 octobre 1921.

A. H. et C. — Une sœur morte bacillaire.

A. P. — Rhumatisme articulaire aigu à 4 ans, avec localisation cardiaque. Depuis, quelques crises rhumatismales à recrudescence cardiaque revenant tous les 14 ans au dire du malade.

Spécificité contractée à 24 ans (1905), sans traitement ; accidents secondaires deux mois après. Leucoplasie buccale sept ans après, traitée par du sérum de singe. Puis ulcération pharyngée. Traitement énergique depuis quelques années. Wassermann négatif.

Ictère chronique depuis l'adolescence. Intoxication légère par les gaz pendant la guerre. Au commencement de 1921, asthénie, diminution de l'appétit, sueurs nocturnes que le malade attribue à son affection hépatique.

Le malade voit ses symptômes s'aggraver au cours d'une permission qui suivait un séjour pénible au camp de Châlons. Toux opiniâtre, diurne et nocturne ; expectoration muqueuse ; perte de poids (10 kilos depuis août). Au Val-de-Grâce on diagnostique une tuberculose pulmonaire et on l'envoie à Saint-Genis.

A l'entrée : Température oscillant entre 36,9 et 38,5. La toux du début s'est amendée et est devenue intermittente. Expectoration muqueuse, filante. L'asthénie a regressé, l'appétit est revenu, les sueurs nocturnes se sont presque taries, le sommeil est meilleur.

Au poumon droit : Respiration râpeuse, surtout en arrière et au tiers supérieur. Bronchophonie, obscurité respiratoire prédominant à la base en arrière.

A gauche : Respiration soufflante ; Bronchophonie au sommet ; obscurité respiratoire plus marquée à la base ; craquements discrets après la toux dans la moitié supérieure, mieux perçus en

arrière ; un foyer au sommet, un dans la région scissurale, quelques rhoncus. Augmentation des vibrations vocales ; submatité.

Au cœur, le premier bruit est assourdi, comme voilé, le second est clangoreux. Tension : 14×7 (Au Pachon).

Pas de troubles digestifs.

Au larynx : Voix rauque pendant la période d'acuité de la lésion.

A la radioscopie : Voilé dans l'image pulmonaire gauche dont le sommet s'éclaire mal par la toux. Quelques ombres dans l'image droite, Coupôles paresseuses. Sinus clairs.

2 décembre 1921. — La température baisse. Le poids monte de 64 kg à 66. Le malade se plaint, depuis quelques jours, de perdre l'appétit ; sa langue est saburrale.

Au poumon droit : Obscurité respiratoire au sommet.

A gauche : Sommet submat, surtout en arrière ; respiration bronchique, craquements discrets. Quelques bruits bronchiques dans la région sous-apexienne.

Légère résistance sous-hépatique au voisinage du creux épigastrique, la matité descend d'un travers de doigt sous le rebord chondro-costal.

Rate percutable et perceptible à la palpation sous les fausses côtes.

22 décembre. — Poussée thermique à maximum compris entre 39,4 et 38,3. L'inappétence, la toux, l'expectoration s'accroissent.

Poumon gauche : Submatité apexienne avec résistance au doigt. Obscurité respiratoire. Sous-crépitants lointains et ébauchés après la toux. Sous la clavicule, à l'occasion de la toux, souffle broncho-spéloncique ébauché.

12 janvier 1922. — Nouvelle poussée thermique avec état saburral de la langue et toux quinteuse. L'anorexie augmente, l'amaigrissement fait des progrès.

Poumon gauche : Foyers de craquements au sommet. Dans la région juxta-mamelonnaire, bruissements et respiration soufflante, type tubaire.

Résistance sous-hépatique, sans douleur à la pression.

24 février 1922. — Poussées thermiques irrégulières, débutant à 2 heures de l'après-midi par des frissons. Sueurs nocturnes ; la langue est plus mauvaise.

Toutefois, le malade crache et tousse moins ; il dort bien.

Poumon gauche : Submatité en arrière sur toute la hauteur, respiration rude, râles inconstants dans la moitié supérieure. Ni bronchophonie, ni pectoriloque aphone. En avant, sonorité plutôt exagérée ; respiration un peu bronchique, toux un peu éclatante, quelques râles bronchiques secs épars.

A droite : Respiration sensiblement normale.

Langue saburrale, voile jaunâtre. Pesanteur épigastrique après les repas, avec, quelquefois, de la somnolence. Les membranes diminuent dans les selles. Résistance profonde au point vésiculaire sans douleur à la pression. La rate est perceptible.

23 mars 1922. — Les troubles digestifs s'améliorent ; les membranes disparaissent. A l'auscultation : bruits bronchiques secs disséminés au sommet droit ; zone linéaire de sous-crépitations discrets et lointains au-dessous de la ligne scissurale gauche.

30 mars. — Elévation thermique ; l'expectoration et la toux progressent ; les fausses membranes ont réapparu, accompagnées de douleurs hypogastriques. L'appétit persiste.

A gauche : Sous-crépitations, tout le long de la ligne scissurale.

A droite : Obscurité respiratoire ; quelques râles.

Décédé en juin 1922.

OBSERVATION IX

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Bacillose pulmonaire commune extensive ; ulcération spéléonchique du sommet droit. Poussée évolutive ulcéreuse juxta-scissurale plus récente. Propagation des bruits à la région sous-scissurale gauche. Anémie avec cachexie.

Lieutenant G..., 60° R. I. — Entré le 11 octobre 1921.

A. H. — Père et mère en bonne santé ; deux sœurs en bonne santé.

A. P. — Nie toute maladie antérieure à la présente affection ; toutefois, adolescence délicate. Contracte une bronchite généralisée à Besançon, où il dirigeait un cours de radiotélégraphie, dans une salle froide, dans laquelle il s'installait en transpiration.

Après un service très pénible au camp de Valdahon, il se fait porter malade au cours d'une permission passée à Vesoul : on le dirige sur l'hôpital militaire de Besançon, où on diagnostique une « tuberculose pulmonaire ouverte ».

A l'entrée : Température oscillant entre 37°8 et 39°. Expectoration abondante et exclusivement purulente. Pâleur, amaigrissement.

Au poumon droit : a) En arrière le tiers supérieur est mat et donne de la résistance au doigt, les vibrations vocales sont exagérées, on perçoit un souffle bronchique et une toux spéléoclique. Au sommet : foyer de craquements humides abondants. Dans la région sous-apexienne et tout le long de la ligne scissurale, la respiration a un timbre légèrement spéléoclique, avec un foyer de râles cavernuleux. Rhoncus et sibilances disséminées dans le reste du poumon.

b) En avant, submatité nette. Au tiers supérieur, souffle bronchique avec bronchus et sibilances. Sous-crépitants limités à la région scissurale.

Au poumon gauche : a) En arrière, sonorité à peu près normale ; inspiration prolongée, sibilants disséminés ; dans la région sous-scissurale, foyer de craquements humides se prolongeant presque jusqu'à la ligne axillaire postérieure.

b) En avant, respiration bronchique sans bruit surajouté.

Les sueurs nocturnes ont diminué ; toux émetisante jusqu'il y a huit jours.

La rate est perceptible de quatre travers de doigts.

22 décembre. — Depuis le 5 décembre, élévation thermique, sueurs plus faciles, anorexie, prostration ; abondante expectoration spumeuse et muco-purulente.

Au poumon gauche : Respiration bronchique généralisée, râles inconstants en avant, à la base.

Au poumon droit : Tympanisme dans les deux tiers inférieurs ; au tiers supérieur, souffle broncho-amphorique, avec quelques râles amphoriques ; à la base, pas de matité, bruit de succussion, lointain et discret, avec petit souffle amphorique.

12 janvier 1922. — Température irrégulière ne dépassant pas 38°. Expectoration toujours très abondante. A la base gauche, matité de trois à quatre travers de doigt avec ballottement et

abolition des vibrations vocales ; au-dessus, zone de frottements. A la base droite, souffle doux et voix amphorique, bruit de succussion sans matité perceptible, respiration et râles amphoriques dans la moitié supérieure.

L'examen à l'écran montre un épanchement à la base droite, et le poumon, refoulé par un pneumothorax occupe, le long du médiastin, un espace large de trois travers de doigts.

2 février 1922. — La température monte à 37°8 ; la dyspnée d'effort s'accroît. Signes de pneumothorax persistant à droite, avec zone de matité à l'extrême base ; râles bronchiques au sommet. A gauche : sibilances et sous-crépitations sur toute la hauteur du poumon ; la base submatte et le murmure vésiculaire ne se perçoivent que dans les inspirations fortes, où s'ébauchent des bouffées de sous-crépitations.

On a pratiqué cinq injections d'azote ; la radioscopie montre que la compression se fait bien, l'expectoration diminue ; la température oscille, sans dépasser 38°. Au poumon droit : tympanisme, souffle amphorique, tintement métallique ; à gauche, respiration supplémentaire.

Mort le 4 février ; dans la suite, sa veuve a avoué une *spécificité ancienne*, niée antérieurement par le malade.

Autopsie. — Poumon droit atelectasié refoulé dans la zone apicale ; plèvre épaissie, blanchâtre ; lobe inférieur incomplètement comprimé ; le supérieur est sclérosé, dense, adhérent fortement. Un demi-litre de liquide.

A gauche, adhérences faibles au sommet ; quelques cuillerées de liquide.

A la coupe : Le poumon droit, dans sa partie inférieure est peu sclérosé et contient des tubercules caséux ; dans sa partie supérieure, très comprimé, sclérosé, occupé par une grande caverne à parois indurées contenant du sang en partie coagulé ; pas d'anévrysme de Rasmussen visible. Le poumon gauche est volumineux : sérosité sanguinolente et spumeuse à la pression. Tubercules nombreux et granulations clairsemées.

Péricarde épaissi ; cœur exsangue ; aucune lésion aortique ou valvulaire. Gros ganglions médiastinaux.

OBSERVATION X

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Spécificité antérieure. Bacillose pulmonaire fibreuse, avec sclérose discrète des deux sommets. Poussée évolutive antérieure, actuellement sclérosée. Absence de bacilles de Koch, après plusieurs examens. Persistance de l'amaigrissement (10 kilos environ). Poussées congestives hémoptoïques récidivantes. Intra-dermoréaction positive.

B... F..., 44 ans, 14^e train des équipages. Mobilisé le 2 août 1914. Evacué en septembre 1915, sur Cannes, pour pleurésie sèche du côté gauche ; fortes sueurs nocturnes ; pas d'hémoptysies. Traité durant deux mois par l'iode, le cacodylate de soude et des révulsifs. Convalescence de trois mois. Versé dans le service auxiliaire, il subit un certain nombre d'affectations successives jusqu'à novembre 1917. Devant la persistance de son mauvais état général, de son essoufflement au moindre travail, on le réforme temporairement n° 1, puis, en mars 1919, il obtient une réforme définitive n° 1, avec 20 %.

Le 4 février 1920, il entre à l'Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval.

Antécédents héréditaires : Néant ; un frère en bonne santé.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 11 ans, qui lui a laissé une répercussion sur la vue. A été traité, en 1905, pour *chancre syphilitique*, par le docteur Moutot, à Lyon, à l'aide de piqûres de biiodure, et n'a présenté aucun accident depuis.

Interrogatoire : Appétit à peu près nul ; digestions laborieuses ; sueurs nocturnes abondantes ; a eu deux hémoptysies assez abondantes, la dernière datant de huit jours environ. Diarrhée à différentes reprises. Frissons continuels. Dyspnée au moindre mouvement. Respire difficilement et mal.

Examen : Etat général très médiocre. Température normale ; pouls, 98. Crachats très peu abondants, muqueux. Laryngite chronique. Au sommet droit, en avant, gros sous-crépitations. Obscurité très marquée en arrière. L'autre sommet, de même que les bases, font entendre des bruissements fugaces.

Albumino-réaction fortement positive.

Intradermoréaction moyennement positive.

POIDS		TENSION	
10-2	59 kil. 500	7-2	12/7
1-3	58 — 600	17-2	13/8,5
10-3	59 — »	27-2	11,5/8
20-3	58 — »	8-3	12,7/5
31-3	58 — »		
21-4	59 — »		

EPREUVE DE LA MARCHÉ LE 14 FÉVRIER 1920

Heure	8	9	10	17
Température	36,4	37,6	36,4	36,9
Pouls	96	108	106	100

Le 8 mai 1920, le malade quitte l'hôpital.

Le 23 octobre 1920, il revient à l'hôpital. Il a essayé de travailler, mais a dû s'arrêter. Son état n'a pas varié. Il pèse 59 kil. 100. Tension artérielle 17/10. Expectoration muco-purulente légèrement hémoptoïque et fétide. Température normale. Aux deux poumons la respiration est généralement assez obscure, aucune expiration légère prolongée. Au sommet droit, en arrière, légère submatité avec peut-être quelques râles bronchiques inconstants. Pas d'albumine dans les urines.

EPREUVE DE LA MARCHÉ LE 23 OCTOBRE 1920

Heure	8	9	10	17
Température ...	37	37,8	37	37,2
Pouls	72	88	72	74

Examen radioscopique le 27 octobre 1920.

Poumons : Voile au tiers supérieur gauche. Transparence plutôt exagérée aux bases.

Plèvres : Les deux culs-de-sac s'éclairent.

Cœur : Aire moyenne.

Diaphragme : Mobilité très réduite.

Le 30 octobre 1922, le malade quitte l'Hôpital-Sanatorium. Sa température a été constamment normale pendant la durée du séjour et son état semble bien amélioré.

OBSERVATION XI

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIÉRY).

Bacillose pulmonaire commune à prédominance fibreuse ; sclérose dense avec spélonques fibreuses du sommet droit. Tabes fruste ; incoordination motrice généralisée et nette. Possibilité d'association de lésions tuberculeuses et syphilitiques pulmonaires. ZZ

T... Eugène, 6^e Section C. O. A., 49 ans. Boulanger. — Entré le 1^{er} décembre 1919.

A. H. et C. — Mère morte cardiaque ; un frère mort de tuberculose ; l'autre d'une affection hépatique.

A. P. — Bronchite aux armées en novembre 1917 : hospitalisation un mois. Mis en sursis, il continue à tousser ; est maintes fois hospitalisé et enfin entre à Saint-Genis.

A l'entrée : Etat général satisfaisant ; toussé beaucoup, surtout la nuit ; expectoration muqueuse. Légère hyperthermie. Thorax large et bien musclé.

Au poumon droit : Sommet mat, vibrations augmentées, légère bronchophonie sans pectoriloque aphone. Craquements secs après la toux dans la fosse sus-épineuse, de même que dans les fosses sus et sous-claviculaires.

Au poumon gauche : Respiration soufflante et expiration prolongée au sommet. L'examen bactériologique des crachats révèle la présence de bacilles de Koch.

Entre à La Côte-Saint-André le 12 décembre 1919. On y note des signes d'artério-sclérose et des douleurs rhumatismales poly-

articulaires. On note des craquements après la toux, au sommet gauche. Pas de bruits surajoutés à droite.

Le 17 janvier, l'état général s'améliore; quelques sibilances et quelques rhoncus.

Le 9 février, l'amélioration se poursuit; les craquements réapparaissent cependant à droite, avec quelques sibilances.

Réformé, le malade rentre à Saint-Genis, pour s'y faire traiter, le 30 janvier 1922.

Au poumon droit, sous la clavicule, apparaît un souffle cavitairé intense occupant toute la largeur du sommet, avec quelques craquements discrets. Bronchophonie, pectoriloquie aphone; plus bas quelques craquements humides.

A gauche : Sommet obscur, base soufflante. Frottements pleuraux dans l'aisselle.

24 février. — Amaigrissement. Température irrégulière plutôt hypothermique. Expectoration muco-purulente, d'aspect porcelainique. Le souffle cavitairé s'accroît à droite, accompagné de râles cavernuleux. A l'examen des crachats, très nombreux bacilles.

Incidentement, on constate que le malade présente le signe de Romberg. Les pupilles, égales, réagissent faiblement à la lumière. Réflexes rotuliens normaux. Légère incoordination aux membres supérieurs. Sensibilité intacte. Wassermann négatif.

10 mai 1922. — Poids stationnaire. Température plutôt hypothermique. Expectoration muco-purulente à pus assez clair.

Examen radioscopique :

Voile dans tout le poumon droit, dont le sommet ne s'éclaire pas par la toux; légères pommelures sous-apexiennes.

A gauche : Voile au tiers supérieur; le sommet s'éclaire légèrement par la toux. Ombres hilaires dilatées, homogènes, peu denses.

Part à la campagne, réformé avec 100 % de pension.

OBSERVATION XII

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. ¹PIERY).

Syphilis antérieure. Tuberculose pulmonaire à prédominance fibreuse bilatérale. Lésions ulcéro-caséuses en voie de sclérose au niveau du tiers supérieur du poumon gauche. Lésions à prédominance pneumonique et ulcéreuse du lobe supérieur droit, plus récentes. Bacilles de Koch dans l'expectoration. Hypothermie.

V... Maurice, 41 ans. — Entré le 22 novembre 1921.

A. H. — Père mort cardiaque. Mère bien portante. Quatre frères et sœurs morts en bas âge.

A. P. — A 18 ans, fistule anale consécutive à un abcès chaud de la marge de l'anus. Durée : 1 mois et demi. — Otite chronique au cours du service militaire. — *Chancre syphilitique à 22 ans (1902).*

Mobilisé en 1914, contracte une *bronchite en juin 1915*; on l'évacue. Des troubles généraux apparaissent : émaciation, affaiblissement, anorexie. Réformé temporairement quelques mois après. Reprend son travail; aucune amélioration. Hospitalisé à Desgenettes, où il est réformé n° 2. Devant la persistance des symptômes, s'adresse au dispensaire qui, sur un examen positif des crachats, le dirige sur Saint-Genis. Hémoptysie vers cette époque.

Actuellement, toux fréquente, expectoration abondante, algies au niveau du sommet droit; émaciation, asthénie sans anorexie.

30 novembre 1921. — Hypothermie, avec oscillations irrégulières descendant à 35°6, affectant parfois le type inverse. Expectoration muco-purulente un peu spumeuse. Poids tombé de 46 à 43 kilos. Le tiers supérieur du poumon gauche est submat; respiration rude et obscure, avec foyer discret de craquements secs dans la région scissurale. En avant, sonorité diminuée; râles bronchiques et sous-crépitaux, secs, discrets. A droite et en arrière, le tiers supérieur est submat, surtout en dedans; souffle tubo-spéloncique léger; toux éclatante, craquements secs.

L'examen radioscopique du 24 novembre révèle de l'opacité des sommets, avec prédominance à droite. Obscurité diffuse à la région moyenne, avec pommelures à gauche. Ombre ganglionnaire circumhilaire à droite. Coupole et sinus sormaux.

OBSERVATION XIII

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Syphilis ancienne : perforation de la cloison nasale. Bacillose pulmonaire à prédominance fibreuse. Sclérose des deux sommets. Absence de bacilles de Koch antérieurement constatés ; état subfébrile persistant.

B.. Joseph, 45 ans. Voyageur de commerce en soies.

A. H. — Père mort subitement à 83 ans. Mère décédée à 79 ans.

Mobilisé au début des hostilités, envoyé au Maroc, d'où on l'évacue en France pour *syphilis* datant de 1900 et perforation de la cloison nasale. Après plusieurs traitements dans plusieurs hôpitaux, il entre à Desgenettes, où M. le professeur Nicolas lui fait cinq injections de néo-salvarsan.

Le malade avait commencé à tousser au Maroc ; pendant son traitement, on avait diagnostiqué « bronchite suspecte ». Des poussées d'hyperthermies, avec sueurs nocturnes, l'avaient fait hospitaliser quatre mois à la Côte-Saint-André, où il fut réformé n° 2. Il reprend son métier.

Entre à Saint-Genis le 6 février 1920. A l'entrée : sueurs nocturnes, émaciation qui date du début de sa bronchite. Appétit conservé. Le malade, d'ailleurs, digère bien. Température oscillant entre 37°6 et 38°1. Abondante expectoration muco-purulente.

A l'examen : Submatité du poumon droit. Obscurité bilatérale ; craquements, surtout à gauche. Respiration soufflante à la base droite, rude à la gauche.

Albuminoréaction et intradermo-réaction négatives.

EPREUVE DE LA MARCHÉ

Heure	8	9	10	17
Température ...	37,8	38,3	38	37,7
Pouls	110	140	120	110

NOTA. — Pour rejeter le diagnostic de syphilis pulmonaire, moins vraisemblable que celui de bacillose, malgré l'intradermo-réaction négative, le Médecin-Chef tient à vérifier l'absence antérieure de bacilles de Koch dans les crachats du malade, dont il ne possède pas le dossier.

Le 9 mars, un certificat du Médecin-Chef de la Côte-Saint-André atteste que le malade a présenté, à deux reprises, un examen positif et confirme le diagnostic de bacillose pulmonaire commune, avec poussée évolutive et ulcéreuse antérieure. D'autre part, la maladie paraît conserver une évolution actuelle étant donné l'état subfébrile persistant.

OBSERVATION XIV

(Hôpital-Sanatorium de Saint-Genis-Laval. Médecin-Chef : M. PIERY).

Tabes avec incoordination motrice, signe de Romberg et d'Argyll-Robertson. Sclérose pulmonaire diffuse d'origine spécifique. Poussée congestive et ulcéreuse récente de la base gauche avec bacilles de Koch dans l'expectoration. Etat cachectique sans fièvre. Hypotension artérielle avec microsphymie au Pachon. Atrophie probable de la papille.

B... G..., maréchal des logis.

Le 12 octobre 1920 entre à l'Hôpital-Sanatorium.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler du côté des parents ou de ses frères et sœurs; a été marié trois fois. Les deux premières femmes sont mortes de la poitrine.

Antécédents personnels. — Bronchites dans l'enfance. Puis, santé assez florissante. Au régiment, à la suite d'une chute de cheval, fait une arthrite du genou droit, qui dure un an environ (plâtres successifs). Actuellement, articulation très mobile, sans craquements. A eu une hémoptysie en juin 1920; une seconde en septembre 1920. Depuis, le malade a beaucoup maigri et perdu ses forces; pas de sueurs, pas d'essoufflements. Tousse peu. Crachats nummulaires muco-purulents. Bacilles de Koch dans les crachats.

Examen pulmonaire : En avant, submatité des deux sommets, plus marquée à gauche; respiration diminuée à gauche, avec quelques bruissements inconstants. Expiration prolongée et

soufflante à droite. En arrière, submatité marquée, surtout à gauche. A l'auscultation, on trouve : à gauche, diminution du murmure vésiculaire au sommet ; quelques bruissements après la toux ; on trouve un peu plus bas, dans la zone périscissurale, des râles sous-crépitants abondants, entendus même sans faire tousser le malade, et, à la base, quelques sibilances et frottements pleuraux. A droite, inspiration rude et expiration soufflante au sommet ; pas de bruits adventices ; rien aux bases.

Pas d'adénopathies. Cœur normal. Poids 65 kilos avant sa maladie, actuellement 54 kil. 600.

Le 19 octobre 1920, le malade a présenté, les premiers jours, quelques filets de sang dans ses crachats. L'expectoration est actuellement d'abondance moyenne, légèrement spumeuse, avec fragments purulents. La température, un peu irrégulière, est à 37°8-38°. Au sommet gauche, en arrière, sur toute la hauteur, légère submatité, surtout à la base. Respiration un peu bruyante, avec foyers de sous-crépitants humides et éclatants, au voisinage de la base. En avant, sur toute la hauteur, râles sous-crépitants secs et fins, particulièrement disséminés au sommet et à la base.

Au poumon droit, sonorité normale, respiration bruyante, rude, de timbre bronchique, mais sans râles nets. Thorax très amaigri, avec creux sus et sous-claviculaire accentués.

Etat général médiocre, avec aspect un peu cachectique. Langue saburrale. Le malade se plaint de troubles dyspeptiques remontant à quinze jours environ ; pas de vomissements.

Au cœur, un peu d'éclat clangoreux du deuxième bruit. Sa pointe bat dans le troisième espace, en dedans de la ligne mamelonnaire, sans frémissements ni choc en dôme. Légère prolongation du premier bruit sans souffle. Pas de battements aortiques dans le creux sus-sternal. Pas de double souffle de Durozier. Les deux pouls sont réguliers, d'amplitude normale : 84. A l'appareil de Pachon, les oscillations sont très faibles et on arrive difficilement à fixer les tensions maxima et minima qui sont 10×9, de même au niveau des radiales.

On est frappé par la parole un peu traînante du malade, la lenteur de la prononciation, sans redoublement net toutefois des syllabes. Légère lenteur de l'idéation, sans altération nette de la mémoire et de la faculté du calcul.

Aux yeux, les deux pupilles sont punctiformes, ne réagissant pas à la lumière et légèrement à l'accommodation.

Incoordination motrice marquée dans la marche, dans les mouvements commandés des bras et des jambes. Abolition des réflexes rotuliens. Signe de Romberg.

Traitement : Injections intra-veineuses de néo-salvarsan.

Examen radioscopique : le 15 octobre 1920.

Au niveau des deux poumons, nombreuses pommelures plus marquées toutefois à gauche. Ombres ganglionnaires accusées. mais surtout ponctuées de taches nummulaires. Sinus normaux.

* * *

Dans l'observation VII il semble bien qu'il s'agisse nettement, non plus de tuberculose pulmonaire évoluant chez un syphilitique ancien, mais de *lésions de tuberculose et de syphilis pulmonaire étroitement associées*. En effet, nous retrouvons ici, d'une part, *des lésions extrêmement étendues de sclérose et de pneumonie hémorragiques à tout le poumon gauche*. Notons de plus une symphyse pleurale avec rétraction thoracique qui s'est opposée au traitement de compression par le pneumothorax et d'autre part, les *hémoptysies* incessantes présentées par le malade et qui furent rebelles à presque toutes les médications sauf peut-être, dans une certaine mesure, aux injections d'hémostyl et aux inhalations d'oxygène.

L'observation VIII est un cas de syphilis ancienne avec tuberculose pulmonaire grave et un peu latente dont le début a commencé 16 ans après l'infection syphilitique. En même temps poussées d'angiocholites anictériques répétées, chez un cholémique familial.

Dans l'observation IX il s'agit de bacillose pulmonaire évolutive *grave*, traitée par un pneumothorax artificiel, resté très incomplet. En février 1922 nous assistons à l'éclosion de lésions tuberculeuses et caséuses au poumon

droit avec poussée de tuberculose du côté opposé. Le malade meurt d'hémoptysie foudroyante sans qu'on puisse retrouver d'anévrysme de Rassmussen. En résumé c'est un cas de *tuberculose grave* ayant évolué au cours d'une syphilis d'origine ancienne.

Dans l'observation X il s'agit de syphilis antérieure nette remontant à 1905 avec apparition de pleurésie sèche en 1915. Mais ici ce sont les arguments en faveur de la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires, d'ailleurs fibreuses (sclérose discrète des sommets avec bronchite chronique et emphysème) qui font défaut. L'épreuve de l'albumino-réaction est ici positive, il est vrai, et l'intra-dermo-réaction moyennement positive. L'absence de bacilles de Koch ne peut-être invoquée ni pour ni contre la tuberculose, puisque nous nous trouvons en face de lésions fibreuses non ulcéreuses qui n'en comporte pas habituellement. Par suite, il pourrait s'agir de *lésions de syphilis pulmonaire fibreuse* pure que nous n'avons pas cru toutefois devoir classer dans les cas de syphilis pulmonaire pure. A signaler l'importance d'*absence de bacilles dans des lésions diagnostiquées ulcéreuses* à l'auscultation (cavernes, craquements).

Dans l'observation XI les signes nets de tabes fruste posent ici le diagnostic de syphilis antérieure à date d'inoculation non précise. La tuberculose pulmonaire commune a paru en novembre 1917. Elle semble avoir évolué comme une tuberculose commune à prédominance fibreuse ; d'autre part, les zones de *sclérose dense, étendues*, constatées chez ce malade, la présence d'une *caverne volumineuse et fibreuse du sommet droit*, montrent ici, croyons-nous, assez nettement l'influence directive, en quelque

sorte exercée par la syphilis sur les édifications tuberculeuses apparues ultérieurement chez le malade.

L'observation XII est un cas de tuberculose fibreuse ayant évolué 12 ans après l'accident primitif, tardivement donc, chez un syphilitique. La tuberculose pulmonaire semble bien avoir pris ici une allure non exclusivement mais surtout fibreuse. On note, en effet, l'extension des lésions de cette nature ; les lésions ulcéro-caséeuses constatées au niveau du poumon gauche apparaissent en voie de sclérose nette et il semble bien que des lésions ulcéreuses, avec présence de bacilles de Koch n'ont apparu que tardivement chez ce malade, localisées au lobe supérieur droit. A noter d'une façon spéciale *l'hypothermie* présentée par le malade malgré la présence des lésions évolutives récentes. Au total, on pourrait également ici invoquer *l'influence sclérosante d'une syphilis antérieure*.

Dans l'observation XIII, il s'agit nettement d'un cas de tuberculose pulmonaire commune à prédominance fibreuse évoluant chez un syphilitique avéré ayant présenté à deux reprises autrefois des bacilles et ne présentant plus, à l'heure actuelle, que des signes de sclérose des deux sommets. Il s'agit donc d'un cas où l'on peut judicieusement invoquer *l'influence sclérosante de la syphilis sur les lésions tuberculeuses écloses après l'infection tréponémique*. Le sujet a contracté la syphilis en 1900 : 15 ans après apparaissent des symptômes d'asthénie générale, puis de bronchite. Il s'agit donc d'un cas de tuberculose ayant apparu 15 ans après le chancre, donc à évolution tardive.

Dans l'observation XIV il s'agit d'un malade dont les lésions apparaissent, à la radioscopie, étendues à la pres-

que totalité des deux champs pulmonaires. Etant donné l'absence de fièvre et la faible intensité des autres signes fonctionnels et généraux, il semble bien qu'il s'agit, en majeure partie, de lésions fibreuses. Les petites taches nummulaires à la radioscopie parlent également dans ce sens. Mais il est net également qu'il faille diagnostiquer une poussée congestive et ulcéreuse à la base gauche avec signes physiques parlant en faveur de lésions récentes. Il s'agit donc vraisemblablement ici d'une *association de lésions scléreuses syphilitiques anciennes* évoluant depuis longtemps d'une façon presque latente, auxquelles est venue s'ajouter une poussée tardive de tuberculose caséifiante. Nous n'avons pu malheureusement ici, vérifier, étant donné le départ du malade, l'effet du traitement par injections intra-veineuses de néo-salvarsan, non plus qu'apprécier la valeur évolutive de la poussée bacillaire présentée par le malade, laquelle cependant nous a paru plutôt relativement bénigne, par suite d'absence de fièvre et de troubles fonctionnels. A noter qu'ici, c'est un *tabes* à signes classiques qui permet le diagnostic de syphilis antérieure.

EN RÉSUMÉ, sur les 8 observations que nous venons d'examiner, 5 d'entre elles paraissent répondre à la *bénignité relative et à l'évolution fibreuse*, de la tuberculose pulmonaire chez un syphilitique ancien, comme l'ont établi les auteurs. Ce sont les observations : IV, V, VI, VII, VIII. Les trois autres sont, au contraire, des cas *graves* : I, II, III. L'ancienneté de la syphilis ne suffit donc pas à expliquer la bénignité de la tuberculose éclore ultérieurement.

*
* *

Syphilis et symptomatologie de la tuberculose pulmonaire

Selon les 14 observations de tuberculose associée à la syphilis que nous venons d'exposer, nous avons pu constater que la *température*, sauf dans les cas graves, était généralement peu élevée, subfébrile, et que même dans l'observation XIII on notait de l'hypothermie. Nous constatons, d'autre part, *l'étendue des lésions* surtout à l'examen radioscopique dans les observations VII, XI, XII et XIV. A cette étendue des lésions, qui frappent à la radioscopie particulièrement, nous venons de le dire, s'oppose comme dans les cas de syphilis pulmonaire pure, à un moindre degré il est vrai, l'intensité relativement faible des signes généraux et des signes fonctionnels, en dehors des hémoptysies toutefois, et qui frappe presque toujours le phtisiologue exercé.

Dans l'observation I, on note des lésions de symphyse pleurale à la radioscopie et à l'examen clinique ; dans l'observation IX, le poumon droit est recouvert d'une plèvre épaissie et dans l'observation VII la plèvre est transformée en une carapace. L'épaississement pleural est encore plus considérable qu'ailleurs et accompagné d'une rétraction thoracique sérieuse. Ici, nous remarquons la fréquence spéciale des hémoptysies que l'on note aussi dans les observations I, IV, X, XIV. Certains auteurs estiment que les hémoptysies peuvent être fréquentes mais peu abondantes.

Enfin, il faut remarquer l'unilatéralité des lésions dans différents cas :

L'observation I avec sa pleuro-pneumonie caséifiante de la base droite.

L'observation XI avec sa sclérose dense et ses cavernes fibreuses du sommet droit.

L'observation IX avec son ulcération spéléonquique du sommet droit.

L'observation VII avec ses lésions scléreuses et pneumoniques de tout le poumon et de la plèvre gauche.

* *

Syphilis et formes cliniques de la tuberculose pulmonaire

Nous avons vu, au chapitre premier, dans l'étude de la tuberculose pulmonaire associée à la syphilis qu'il n'y avait pas, selon les auteurs (FOURNIER, MAURIAC, BÉRIEL) de forme clinique spéciale dans le cas de tuberculose consécutive ou associée à la syphilis.

D'après nos 14 observations, voici ce que nous trouvons :

1° *forme caséuse ou extensive* : 3 cas, les observations VI, VIII, IX ;

2° *forme commune à prédominance fibreuse* : 3 cas, observations IV, XII, XIII ;

3° *forme fibro-caséuse commune* : 1 cas, observation II ;

4° *forme fibreuse (dense)* : 6 cas ; observations I, III, V, VII, XI, XIV ;

5° *sclérose discrète des sommets* : 1 cas ; observation X.

Il semblerait donc, d'après cette statistique, que les formes de tuberculose pulmonaire fibreuse ou de tuberculose commune à prédominance fibreuse soient ici domi-

nantes en nombre puisque nous trouvons 10 formes de tuberculoses scléreuses en face de 4 formes ulcéreuses et caséifiantes. On peut donc conclure à la fréquence plus grande des formes fibreuses au cours de tuberculose pulmonaire associée à la syphilis : conclusion qui confirme partiellement du moins l'opinion des auteurs. L'association de la tuberculose et de la syphilis fait donc le plus souvent, mais non toujours, de la sclérose pulmonaire.

Conséquences pratiques

De l'exposé précédent nos observations ainsi que de l'étude que nous en avons faite, il résulte, croyons-nous, quelques conséquences pratiques qu'il est peut-être important de préciser. Elles varient suivant qu'il s'agit de syphilis pulmonaire pure ou de syphilis et de tuberculose pulmonaire associées.

I. — Syphilis pulmonaire.

Il résulte de notre étude que le traitement spécifique doit être appliqué dès qu'on a le moindre soupçon, sans attendre la certitude, sur l'existence d'une syphilis : de cette façon on améliore rapidement l'état général du malade et on peut arrêter les lésions évolutives avant qu'elles ne soient arrivées à un état incurable.

Dans les formes bronchectasiques, quand les lésions cavitaires sont déjà avancées, le traitement spécifique donnera tout de même des résultats généraux et fonctionnels satisfaisants, mais il ne fera pas toutefois disparaître les symptômes cavitaires.

EN RÉSUMÉ, il faut penser encore plus souvent à la syphilis. Dès qu'on la soupçonnera, on se comportera comme si elle existait, comme dans les maladies nerveuses. Il faudra prendre l'habitude d'appliquer à tous les cas de syphilis pulmonaire et même à tous les cas d'affections pulmonaires chroniques d'origine ancestrale, le traitement

spécifique. Ce sera très souvent le salut des malades. Le traitement précoce donnera à un diagnostic de probabilité un caractère de certitude.

Selon M. BÉRIEL, il arrive qu'on se demande avec angoisse si on ne laisse pas mourir quantité de phtisiques pour n'avoir pas su que c'étaient des syphilitiques.

Retenons l'exhortation de SERGENT : « *Que le médecin ne laisse pas échapper une occasion, trop rare hélas ! d'exercer son rôle de guérisseur !*

« *Qu'il sache reconnaître la vérole si elle se manifeste ouvertement ; qu'il songe à la démasquer si elle se dissimule et se cache !*

« *Qu'il pense à la syphilis si le soi-disant phtisique qui se présente à lui n'a pas les allures habituelles du parfait tuberculeux !*

« *Qu'il se souvienne qu'un phtisique, en apparence bien portant (BAZIN) est parfois, sinon souvent, un syphilitique !*

« *Qu'il sache enfin que la syphilis pulmonaire est capable de simuler toutes les formes de la tuberculose ! ».*

II. — Tuberculose et syphilis associées.

Au point de vue *séméiologique*, chez tout tuberculeux, il faut faire une enquête soigneuse sur la syphilis antérieure possible et spécialement y songer dans les conditions suivantes :

1° Quand la *température* est peu élevée et en discordance non proportionnée à l'étendue des signes physiques ;

2° Quand on observe une *étendue accusée des lésions* : elles nous seront indiquées principalement par l'examen radioscopique. La pachypleurite et la rétraction thoraci-

que plaident fréquemment, aussi, en faveur de l'action du tréponème ;

3° Quand on observe l'*unilatéralité des lésions* strictes ou prédominantes, en particulier au cours de la tuberculose pulmonaire évoluant depuis un certain temps, c'est-à-dire depuis deux ans, par exemple.

Au point de vue *pronostic*, il ne semble pas que la notion de syphilis antérieure apporte une notion bien intéressante. Il en est de même de l'ancienneté plus ou moins marquée de l'infection syphilitique.

Au point de vue du *traitement*, nos observations ne nous ont pas donné de résultats appréciables. Nous croyons indispensable de faire le traitement spécifique, plus systématiquement dans les cas de syphilis et tuberculose consécutive ou associée.

Pour M. BÉRIEL, le traitement spécifique peut améliorer d'une façon notable des tuberculoses chez des syphilitiques.

Pour SERGENT, ce n'est pas la syphilis qui aggrave la tuberculose, c'est la syphilis non traitée ou mal soignée et il n'est pas rare de voir la syphilis bien traitée favoriser la guérison de la tuberculose.

Dans une syphilis récente, un traitement spécifique énergique et rapide, peut modifier le terrain pour la tuberculose.

LE MER conclut « que dans une syphilis ancienne où la tuberculose est tardive, celle-ci revêt un pronostic favorable à condition de faire un traitement approprié qui diminue la tendance ulcéro-caséuse et favorise la sclérose vers laquelle l'incline l'action fibrosante de la syphilis concomitante. Dans le cas où il y a tuberculisation secon-

daire des lésions syphilitiques, par le traitement spécifique on agit sur la syphilis et on favorise la sclérose. D'une façon générale la syphilis semble avoir une action frénatrice après le traitement spécifique, sur la tuberculose pulmonaire dont elle avait favorisé l'implantation. »

Nos résultats ne sont pas très probants, soit parce que les malades n'ont pas été traités en temps opportun ou traités assez longtemps, soit parce que ces malades ont été traités trop tardivement.

Selon le professeur ROGUE, « il faut éviter, comme traitement spécifique, l'iodure qui précipite les accidents tuberculeux, de même que le salvarsan qui est dangereux pour le foie souvent touché par la tuberculose ou la syphilis en même temps. On emploiera le traitement mercuriel ».

Pour BARTHÉLEMY, « les iodures ont souvent produit du côté des poumons des poussées congestives, amenant, avec des quintes de toux coqueluchoïde, des expectorations parfois sanglantes. Le lipiodol est parmi les préparations iodées les mieux tolérées. »

En somme, il semble bien que tous les auteurs sont d'accord pour rejeter l'iodure de potassium congestionnant, toutefois en conservant les huiles iodées, dont le lipiodol, qui a un pouvoir curatif non douteux sur la syphilis pulmonaire. On pourra alterner ce médicament avec le traitement mercuriel, le calomel par exemple. De même que les iodures, le Salvarsan, sinon à dose légère et répétée, devra être rejeté ; quant aux sels de bismuth que nous avons employés dans deux cas, il nous a donné 1 résultat, net. L'emploi de ce médicament appelle en matière de syphilis pulmonaire de nouvelles recherches.

Conclusions

I. — Les difficultés cliniques du diagnostic de la syphilis pulmonaire, ainsi que celles de la discrimination du rôle du tréponème et de celui des bacilles de Koch dans les lésions pulmonaires observées chez les tuberculeux syphilitiques appellent de persévérantes recherches et de nouvelles observations.

II. — Dans un hôpital-sanatorium militaire pour tuberculeux pulmonaires, durant un fonctionnement de 3 ans, sur un total de 1.130 malades nous avons observé 2 cas de syphilis pulmonaire pure et 14 cas de tuberculose pulmonaire chez des syphilitiques avérés.

III. — Nos deux cas de syphilis pulmonaire pure concernent deux cas de dilatation des bronches : l'une localisée au lobe supérieur avec syndrome cavitaires accusé, l'autre bilatérale avec le syndrome classique. Il semble bien, d'ailleurs, que ce soit là les types les plus fréquents de la syphilis pulmonaire en clinique.

IV. — Nos observations de tuberculose pulmonaire chez des syphilitiques avérés ne confirment qu'en partie l'opinion des auteurs en ce qui concerne l'influence de

l'ancienneté de la syphilis chez les tuberculeux pulmonaires.

1° Sur 6 cas de tuberculose pulmonaire chez des syphilitiques avérés récents la tuberculose pulmonaire ne s'est montrée évolutive et grave que chez 2 d'entre eux. Chez les 4 autres il s'agissait, de tuberculose à prédominance fibreuse dans un cas, de tuberculose fibreuse dans les trois autres ;

2° Sur 8 cas de tuberculose pulmonaire éclos chez des syphilitiques à inoculation ancienne, la tuberculose pulmonaire s'est montrée grave chez 3 d'entre eux : 2 cas de tuberculose pulmonaire extensive à prédominance caséeuse et 1 cas de tuberculose pulmonaire commune mais avec lésions fibreuses unilatérales étendues à tout le poumon et à la plèvre ;

Sur les 5 autres cas nous avons trouvé 1 cas de sclérose discrète avec bronchite chronique et emphysème ; 2 cas de tuberculose pulmonaire commune à prédominance fibreuse et 2 cas de tuberculose pulmonaire commune.

V. — La gravité de l'action d'une syphilis antérieure sur la tuberculose pulmonaire ne paraît donc pas liée à l'ancienneté d'inoculation syphilitique.

VI. — Toutefois il apparaît bien, que les tuberculoses pulmonaires évoluant chez des syphilitiques anciens aient une tendance plus particulière souvent, mais non dans tous les cas, à revêtir une forme, sinon fibreuse pure, tout au moins, à prédominance fibreuse.

VII. — Le diagnostic de la syphilis pulmonaire doit toujours être systématiquement poursuivi en présence des

signes de toutes lésions chroniques de l'appareil respiratoire : signes de tuberculose pulmonaire avec signes cavitaires principalement, signes de dilatation bronchique, scléroses pulmonaires denses, etc... Il devra être considéré comme très probable notamment en présence de signes certains d'ulcération pulmonaire avec absence de bacilles, constatée à plusieurs reprises dans l'expectoration.

VIII. — En présence de tout tuberculeux pulmonaire présentant la syphilis dans ses antécédents on devra se préoccuper d'établir la part de cette dernière dans la production des lésions observées (sclérose proliférative pachypleurite avec rétraction thoracique, opacité et extension des lésions à l'examen radioscopique, hémoptysie à répétition, fièvre peu élevée ou même hypothermie, dilatation bronchique avec syndrome cavitaire). Mais surtout on essaiera un traitement spécifique modéré dont le mercure et les huiles iodées feront les frais principaux.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
D. PIC.

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

Index bibliographique

- ALIBERT. — Considérations sur la pathogénie et le traitement de la tuberculose chez les syphilitiques. (*Thèse de Paris*, 1900.)
- BALZER. — Syphilis pulmonaire. (*Nouveau Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*, VII, 1900, p. 781.)
- Contribution à l'étude de la syphilis des bronches et du poumon. (*Paris Médical*, 21 janvier 1922.)
- BARTHÉLEMY. — Syphilis et tuberculose. (*Congrès international de la tuberculose*. Paris 1905, p. 533 et suivantes. T. I.)
- BERIEL. — *Syphilis du poumon*. (Stenheil, Paris 1906.)
- BOURDIEU. — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1896.)
- CADE et JAMBON. — Sur les lésions broncho-pulmonaires de la syphilis tertiaire. (*Archives de médecine expérimentale et d'anath. path.*, Nov. 1905, p. 649.)
- CADE et SAVY. — Syphilis et dilatation bronchique. (*Société Médicale des hôpitaux de Lyon*, 1906, in *Lyon Médical*, 1906, I, p. 345.)
- CARLIER. — Etude sur la syphilis pulmonaire. (*Thèse de Paris*, janvier 1882.)
- COLLET. — Maladies du poumon. (*Précis de pathologie interne*, II, Paris, Doin., p. 119.)
- DIEULAFOY. — Syphilis du poumon et de la plèvre (*Gazette Hebdomadaire de Méd. et Chir.*, 1889, p. 283.)
- DENKLER A. — Sur la syphilis trachéo-bronchiale et pulmonaire, diagnostiquée par la bronchoscopie. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 4 janvier 1912, p. 11.)

- FAGET. — Syphilis pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1896.)
- FONTANA A. — Sur le diagnostic de la syph. par l'intradermo-réaction. (*Dermatologische Wochenschrift*, 2 janvier 1912, p. 109.)
- FOURNIER A. — Leçons cliniques. (*Gaz. Hebdomadaire de Méd. et Chir.*, 1875, n^{os} 48, 49, 51.)
- FOURNIER E. — *Traité de la syphilis*, vol. II, fasc. II, 1906, p. 710.
- GAUCHER. — *Précis de syphiligraphie*; article : Syphilis de l'appareil respiratoire, par E. Sergent.
- La syphilis héréditaire. (*Bulletin Méd.*, 1904, p. 833.)
- HALLOPEAU et FOUQUET. — *Traité de la syphilis*. (1911, p. 247.)
- JACQUINET. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. (*Thèse de Paris*, 1895, Steinhil.)
- JULLIEN. — Notes sur la syphilis pulm. (*Société de dermat., et syph.*, 1893, p. 450.)
- LANCEREAUX. — *Traité de la syphilis*, 1873.
- LANDRIEUX. — Des pneumopathies syphilitiques. (*Thèse de Paris*, juin 1872.)
- LE MER. — Influence de la syphilis sur la tuberculose pulmonaire. (*Thèse de Lyon*, 1920.)
- LINDSAY S. MILNE. — Pneumonie chronique, avec relation de deux cas de syphilis pulmon. (*American Journal of the Medical Sciences*, Sept. 1911, p. 408.)
- MANSION. — Syphilis et Tuberculose. (*Thèse de Nancy*, 1900.)
- MARFAN. — Syphilis du poumon. (*Gaz. des Hôpit.*, 1892, p. 29.)
- *Traité de Médecine de Charcot-Bouchard* (t. IV, 1893).
- MASSIA. — Le poumon syphilitique. (*Thèse de Lyon*, Nov. 1911.)
- MAURIAC. — *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire* (1890, p. 633.)
- MILIAN. — Art. « Syphilis du poumon » du *Traité* de E. Fournier.
- MIRANDE. — Syphilis de l'appareil respiratoire, in *Traité* de Sergent-Babonneix. (1921, Maloine, p. 295-344.)

- NICOLAS. — Article « Syphilis » in *Nouveau Traité de Médecine* de Roger et Vidal, Maladies infectieuses, fascic. IV, 1922, Masson.
- NICOLAS DE DOMINICIS. — Syphilis et Tuberculose. (*Congrès international de la Tuberculose*, Paris 1905, p. 538.)
- PIÉRY. — *La Tuberculose pulmonaire*. (Paris Doin, 1910, p. 481, 666, 750.)
- ROQUE. — Leçon clinique sur la syphilis et la tuberculose pulmonaires. (Hôtel-Dieu, 16 mars 1920.)
- ROUBIER et BOUGET. — Du pyopneumothorax dans la syphilis pulm. (*Revue de Médecine*, 10 mars 1912, n° 3, p. 185.)
- SERGEANT. — Syphilis et Tuberculose. (*Congrès de la tuberculose*, Paris, 1905, t.IV.)
- Etudes cliniques sur la tuberculose. (Masson, 1905.)
 - Syphilis et Tuberculose. (Masson, 1907, p. 931.)
 - La Syphilo-Tuberculose. (*Revue de Méd.*, 1920, n° 2.)
 - Pleurésie des syphilitiques. (*Journal de Méd. et Chir. pratiques*, mars 1913.)
 - Syndrome « bronchite chronique et emphysème ». (*Bulletin Médical*, n° 47, p. 935, 18 nov. 1922.)
- STIEFFEL. — Influence de la syphilis sur l'éclosion et l'évolution de la tuberculose. (*Thèse de Nancy*, 1884.)
- TRIPPIER. — *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1904, p. 344.
-

Table des Matières

INTRODUCTION.	9
CHAPITRE PREMIER. — Les données générales :	
a) Historique	12
b) Difficultés de diagnostic de la syphilis pulmonaire...	14
c) Tuberculose pulmonaire associée à la syphilis	19
CHAPITRE II. — Fréquence de la syphilis pulmonaire.	
1) Opinion des auteurs.	29
2) Notre statistique.	35
CHAPITRE III. — Nos observations personnelles de syphilis pulmonaire pure	38
CHAPITRE IV. — Nos observations personnelles de tubercu- lose pulmonaire associée à la syphilis	46
1) Cas de tuberculose pulmonaire précoce chez un syphi- litique récent	46
2) Cas de tuberculose pulmonaire tardive chez un syphi- litique ancien	61
CONSÉQUENCES PRATIQUES.	86
CONCLUSIONS	
BIBLIOGRAPHIE	93

